

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em

Engenharia de Produção

ELABORAÇÃO DE PROGRAMA DE PREVENÇÃO E
VERIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA AS
CORONARIOPATIAS

Dissertação de Mestrado

Isabel Cristina Bini

FLORIANÓPOLIS

2004

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em

Engenharia de Produção

ELABORAÇÃO DE PROGRAMA DE PREVENÇÃO E
VERIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA AS
CORONARIOPATIAS

Isabel Cristina Bini

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Engenharia de Produção

FLORIANÓPOLIS

2004

Isabel Cristina Bini

ELABORAÇÃO DE PROGRAMA DE PREVENÇÃO E VERIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA AS CORONARIOPATIAS

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 29 de março de 2004

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Leila Amaral Gontijo, Dr.^a
Orientadora

Prof. Eugenio Andrés Diaz Merino, Dr.

ProF.^a Eliete A. Assumpção Ourives, Dr.^a

À você, Paulinho, meu marido e grande amor da minha vida, pelo apoio,
envolvimento, cuidados e carinho dispensados incondicionalmente
em todos os momentos de nossas vidas.

Às minhas filhas, Isadora (fisiológica) e Louise (do coração), pela alegria
constante.

Aos meus amados pais, (Pai In Memoriam) pelos valores e princípios
transmitidos, e por serem simplesmente maravilhosos.

Agradecimentos

À Professora Leila Amaral Gontijo, a quem respeito infinitamente, e sempre serei grata por sua preciosa orientação, paciência, compreensão, profissionalismo e competência admiráveis.

Ao Prof. Eugenio Andrés Díaz Merino, e prof.^a Eliete Auxiliadora Assumpção Ourives, pela valiosa disposição e acolhimento desse trabalho.

Aos professores do curso de Pós Graduação, pelos ricos ensinamentos e pela experiência de vida transmitidas nas aulas.

A equipe MEDPREV: Por serem profissionais fantásticos e incansáveis, pela oportunidade que me deram de compartilhar de seu grupo de trabalho, e pelo apoio e ajuda indispensável nessa pesquisa.

Aos funcionários da empresa pesquisada, pela imprescindível colaboração.

Aos meus irmãos, pelo incentivo e apoio.

A minha querida irmã “do coração” Carla Mendonça Silva, pela amizade verdadeira, companheirismo, apoio, e pela ajuda com a bibliografia.

As amigas Cidinha e Luciane pela imensa colaboração.

A Leticia Dias Costa, colega de trabalho e amiga querida, por sua ajuda constante, por viajar comigo para a defesa deste trabalho, e por sua amizade.

A todos que, de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho, sinceramente,

Muito obrigada!

O que for a profundeza do teu ser, assim será teu desejo.

O que for o teu desejo, assim será tua vontade.

O que for a tua vontade, assim serão teus atos.

O que forem teus atos, assim será teu destino.

Brihadaranyaka Upanishad ,IV 4.5

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	IX
RESUMO	XII
ABSTRACT	XIII
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 ESCOLHA DO TEMA PESQUISADO	16
1.2 A EMPRESA ONDE SE DESENVOLVEU O TRABALHO	16
1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA	17
1.4 OBJETIVOS	18
1.4.1 Objetivo Geral	18
1.4.2 Objetivos Específicos	18
1.5 DELIMITAÇÕES	19
1.6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
1.7 ESTRUTURA DO TRABALHO	26
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1 DOENÇAS CARDÍACAS	27
2.2 CORONARIOPATIAS	27
2.3 DEFINIÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA AS CORONARIOPATIAS	28
2.3.1 Colesterol T e Triglicerídios	28
2.3.2 Diabetes	29
2.3.3 Pressão arterial	29
2.3.4 Obesidade	29
2.3.5 Sedentarismo	31
2.3.6 Tabagismo (Consumo de cigarros)	32
2.3.7 Estresse	33
2.3.8 Histórico familiar	35
2.4 CONCEITOS DE APRENDIZAGEM E ORIENTAÇÃO CLÍNICA	36
2.5 A PREVENÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA	39
2.5.1 Prevenção primária	41

2.5.2Prevenção secundária.....	41
2.5.3Prevenção terciária.....	41
2.6 AÇÕES PREVENTIVAS PARA OS FATORES DE RISCO DAS CORONARIOPATIAS	42
2.6.1 Colesterol T e triglicerídios.....	42
2.6.2Diabetes.....	42
2.6.3Pressão Arterial	43
2.6.4Obesidade	44
2.6.5Tabagismo.....	44
2.6.6Estresse no trabalho	45
2.6.7Sedentarismo	45
3 PESQUISA.....	47
3.1 Levantamento e análise dos dados	47
3.2 Análise dos resultados das auto avaliações	68
3.3 Discussão dos resultados	76
4. CONCLUSÕES, TRABALHOS FUTUROS E CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA.....	77
REFERÊNCIAS	81
ANEXO 01 - Instrumento para a avaliação da condição de trabalho dos funcionário da empresa estudada	84
ANEXO 02 - Instrumento para a avaliação da CARDIOLOGIA ..	86
ANEXO 03 - Instrumento para a avaliação da PSICOLOGIA	88
ANEXO 04 - Instrumento para a avaliação da NUTRIÇÃO	90
ANEXO 05 - Instrumento para a avaliação da BIO-QUÍMICA.....	92
ANEXO 06 - Instrumento para a avaliação da FISIOTERAPIA...	94
ANEXO 07 - Instrumento para a avaliação da ENFERMAGEM ..	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Composição da população avaliada por sexo.....	47
Figura 02: Demonstrativo Inicial do Colesterol Total nas mulheres avaliadas.....	48
Figura 03: Demonstrativo Final do Colesterol Total nas mulheres avaliadas.....	48
Figura 04: Demonstrativo Inicial do Colesterol Total nos homens avaliados.....	49
Figura 05: Demonstrativo Final do Colesterol Total nos homens avaliados.....	49
Figura 06: Demonstrativo do LDL inicial nas mulheres avaliadas.....	50
Figura 07: Demonstrativo do LDL final nas mulheres avaliadas.....	50
Figura 08: Demonstrativo do LDL inicial nos homens avaliados.....	51
Figura 09: Demonstrativo do LDL final nos homens avaliados.....	51
Figura 10: Demonstrativo do HDL inicial nas mulheres avaliadas.....	52
Figura 11: Demonstrativo do HDL final nas mulheres avaliadas.....	52
Figura 12: Demonstrativo do HDL inicial nos homens avaliados.....	53
Figura 13: Demonstrativo do HDL final nos homens avaliados	53
Figura 14: Demonstrativo do Triglicerídio inicial nas mulheres avaliadas.....	54
Figura 15: Demonstrativo do Triglicerídio final nas mulheres avaliadas.....	54
Figura 16: Demonstrativo do Triglicerídio inicial nos homens avaliados.....	55
Figura 17: Demonstrativo do Triglicerídio final nos homens avaliados.....	55
Figura 18: Demonstrativo da Glicemia inicial nas mulheres avaliadas.....	56
Figura 19: Demonstrativo da Glicemia final nas mulheres avaliadas.....	56
Figura 20: Demonstrativo da Glicemia nos homens avaliados.....	57
Figura 21: Demonstrativo da Glicemia final nos homens avaliados.....	57

Figura 22: Demonstrativo de Hipertensão Arterial inicial nas mulheres avaliadas.....	58
Figura 23: Demonstrativo da Hipertensão Arterial final nas mulheres avaliadas.....	58
Figura 24: Demonstrativo da Hipertensão Arterial nos homens avaliados.....	59
Figura 25: Demonstrativo da Hipertensão Arterial final nos homens avaliados.....	59
Figura 26: Demonstrativo do Tabagismo inicial nas mulheres avaliadas.....	60
Figura 27: Demonstrativo do Tabagismo final nas mulheres avaliadas.....	60
Figura 28: Demonstrativo do Tabagismo inicial nos homens avaliados.....	61
Figura 29: Demonstrativo do Tabagismo final nos homens avaliados.....	61
Figura 30: Demonstrativo da Prática Atividade Física inicial das mulheres avaliadas.....	62
Figura 31: Demonstrativo da Prática de Atividade Física final nas mulheres avaliadas.....	62
Figura 32: Demonstrativo da Prática de Atividades Físicas inicial nos homens avaliados.....	63
Figura 33: Demonstrativo da Prática de Atividades Físicas final nos homens avaliados.....	63
Figura 34: Demonstrativo do Estresse inicial nas mulheres avaliadas.....	64
Figura 35: Demonstrativo do Estresse final nas mulheres avaliadas.....	64
Figura 36: Demonstrativo do Estresse inicial nas mulheres avaliadas.....	65
Figura 37: Demonstrativo do Estresse final nos homens avaliados.....	66
Figura 38: Demonstrativo da Massa Corporal inicial nas mulheres avaliadas.....	66
Figura 39: Demonstrativo do Massa Corporal final das mulheres avaliadas.....	67

Figura 40: Demonstrativo da Massa Corporal inicial nos homens avaliados.....67

Figura 41: Demonstrativo da Massa Corporal final nos homens avaliados68

RESUMO

Esta pesquisa busca identificar dentre os funcionários do setor administrativo de uma empresa do setor energético, os que se enquadram num grupo de pessoas com pré-disposição a desenvolver coronariopatias, propor e testar um programa de prevenção para essa doença, e verificar o impacto que seus sintomas podem causar no dia a dia desses trabalhadores. O trabalho foi desenvolvido em dois anos (2000/2001), sob a forma de consulta em 100% dos funcionários, e re consulta na população que se enquadrava no grupo que já apresentava alterações pré disponentes. As consultas e re consultas foram realizadas por uma equipe multidisciplinar, cujo trabalho foi desenvolver um programa de prevenção visando a conscientização do trabalhador para mudança de hábitos e comportamentos e melhora do estado de saúde dos funcionários.

Foram destacados os fatores de risco para as doenças coronarianas nos trabalhadores, e posteriormente, após a intervenção, realizou-se nova pesquisa da condição individual de trabalho. Quando pode ser percebida uma alteração não apenas na condição de trabalho, mas também na qualidade de vida dos funcionários.

Palavras chave: Fatores de risco, Coronariopatias, Prevenção, Orientação, Condição de trabalho, Qualidade de vida.

ABSTRACT

This research aims to identify among administrative area's persons of an energy company who predispose to developed coronary disease, propose and test a prevention program for this disease, and check the impact that cause in worker's day by day. The research was developed during two years (2001/2002), with inquiries a hundred per cent of all staff and inquiries back the predisposed population. Those were performed by a multidisciplinary group whose work was developed a prevention program aiming the worker's consciousness to change habits and behaviors and improve their health being.

There was an emphasis in the coronary disease risk factors to the employees. After that, a new research was performed and a change was observed in the work conditions and their quality life.

Key words: risk factors, coronary disease, prevention, orientation, work conditions, quality life.

1 INTRODUÇÃO

As questões de saúde e qualidade de vida no trabalho são objetos de atenção contínua nos diversos segmentos sociais, pois as conseqüências apresentadas pela sua falta afetam tanto os trabalhadores como o mercado de trabalho, o governo ou a sociedade como um todo.

"Dentre as teorias que se ocupam da relação saúde-trabalho, aquelas mais evoluídas são unânimes em assinalar a natureza social e/ou histórica do processo saúde-doença. Seja na sociologia (Dwyer) ou na epidemiologia social (Laurell, Breilh, Tambellini), vários autores têm revelado as determinações sociais e o conteúdo histórico desses fenômenos multifacéticos que são as doenças e o acidente de trabalho." ARAÚJO (1998, p 27)

Em decorrência disso, têm sido criados programas para melhorar a saúde do trabalhador, elevando conseqüentemente os níveis de satisfação desse trabalhador em relação ao trabalho e a sua qualidade de vida.

A qualidade de vida perpassa primeiro pela saúde do trabalhador, o que, segundo a Organização Mundial de Saúde, *é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade* (LIMA, 1996, p. 7). Levando-se em consideração que o homem, é a base de desenvolvimento de qualquer trabalho, ele deve ser o centro direto de interesses, sendo visto como um todo, ou seja, uma unidade dinâmica, integrada ao mundo que o cerca, incluindo-se aí, o ambiente de trabalho.

Segundo SILVA (2000), a qualidade de vida compreende a procura do atendimento das necessidades integrais das pessoas, incluindo as áreas física, biológica, psicológica, social e espiritual. É necessário o equilíbrio entre essas áreas para haver qualidade de vida.

A qualidade de vida pode ser representada ainda pelo sucesso na vida social, afetiva e profissional, com saúde para gozar esse sucesso. Segundo FERNANDES (1996, p. 31), qualidade de vida é *"sentir-se útil, e ser feliz"*. E qualidade de vida no trabalho refere-se à:

- *Renda capaz de satisfazer às expectativas pessoais e sociais;*
- *Orgulho pelo trabalho realizado;*
- *Vida emocional satisfatória;*
- *Auto-estima;*
- *Imagem da empresa/instituição junto à opinião pública;*
- *Equilíbrio entre trabalho e lazer;*
- *Horários e condições de trabalho sensatos;*
- *Oportunidades e perspectivas de carreira;*
- *Possibilidade de uso do potencial;*
- *Respeito aos direitos;*
- *Justiça nas recompensas*

Assim, a qualidade de vida no trabalho também está relacionada com as satisfações individuais. Mas para que haja qualidade de vida, é necessário, segundo MOLDER, a qualidade pessoal, sendo essa a base para todas as outras qualidades. Ela é um processo que conduz ao desenvolvimento de uma cultura "da qualidade" que influencia toda a organização (In: YAMAMOTO, 1997, p. 17).

Segundo SILVA (2000), a qualidade não deve ser visualizada como meta, mas como um processo contínuo na busca de melhoramentos. (In: YAMAMOTO, 1997, p. 14).

Faz parte desse processo, a prevenção. Entretanto, Para PIZA (2002), uma das maiores dificuldades do profissional que se dedica à prevenção está em convencer as partes envolvidas nas relações capital x trabalho. É preciso levá-los a entender que prevenção é mais do que um investimento: é o usufruto do próprio investimento.

Vale lembrar que o homem, enquanto trabalhador, passa a maior parte dentro da empresa, é parte integrante dela. Entretanto, se não houver ações de prevenção, ele poderá comprometer a sua produtividade e não terá garantido uma qualidade de vida.

O Departamento de Saúde Ocupacional de qualquer empresa é setor o diretamente responsável pela saúde do trabalhador, devendo envidar esforços para convencê-lo a empreender algumas ações de prevenção.

A primeira ação refere-se à promoção da saúde, enquadrando-se aí, medidas gerais de prevenção, destinadas a elevar o nível de saúde do trabalhador não só no ambiente de trabalho mas também, em sua vida pessoal.

O encaminhamento para exames médicos antes do indivíduo entrar para o quadro de funcionário é de responsabilidade desse setor. Segundo GOMES (1987), essa rotina não só protege o trabalhador, como também, pode encaminhá-lo à tarefas que melhor se adaptem a ele.

O diagnóstico precoce ajuda na prevenção de danos maiores à saúde. A identificação precoce de problemas de saúde, causados ou não pela atividade, é muito importante para tratar seus efeitos *“enquanto o dano não é tão intenso”* (GOMES, 1987, p. 52). Para isso, é necessário uma avaliação periódica da saúde do trabalhador, identificando-se possíveis problemas. Quando detectados, o tratamento médico imediato é o indicado.

A conscientização para a continuidade de ações em prevenção é o segundo passo. Nesse sentido, podem ser realizadas palestras, demonstração de filmes sobre o assunto, como também, estabelecer programas anuais de prevenção,

com a contratação de profissionais específicos que consigam localizar os pontos em que o trabalhador precisa de encaminhamentos, a fim de garantir sua saúde.

Nesse sentido, FERNANDES (1996), diz que é de responsabilidade da empresa:

- *Divulgar todas as informações necessárias;*
- *Treinar e desenvolver os funcionários, visando a mudança de comportamento;*
- *Investir na melhoria dos processos, reduzindo esforços repetitivos e monotonias;*
- *Reestruturar e enriquecer as funções, ampliando a responsabilidade de cada um;*
- *Promover lideranças;*
- *Investir na modernização de equipamentos;*
- *Promover contínua melhoria nas condições de trabalho e segurança;*
- *Remunerar com justiça, para que o funcionário tenha condições de satisfazer suas necessidades individuais;*
- *Instituir mecanismos que ajudem a melhorar as relações interpessoais;*
- *Estimular a reflexão;*
- *Identificar ações que contribuam para a qualidade de vida no trabalho.*

1.1 Escolha do tema pesquisado

A idealização desse trabalho, surgiu a partir da preocupação da diretoria de uma grande empresa estatal do Paraná, em relação a grande incidência de doenças do coração entre seus funcionários administrativos e sua repercussão na capacidade de trabalho. Esse fato, levou a um questionamento mais profundo sobre como tal situação poderia ser revertida ou ainda prevenida.

A escolha do tema tem por base esse questionamento.

1.2 A empresa onde se desenvolveu o trabalho

Empresa do setor elétrico – geração de energia – que tem sua sede administrativa em Curitiba, PR e a unidade de geração em cidade situada em região de divisa territorial do estado do PR com os países fronteiriços. Doravante, este trabalho se referirá a ela simplesmente como “a empresa”.

Justificativa e Histórico da empresa: Inicialmente, todo o complexo, administrativo e geração. Funcionava em único local, na região de fronteira. Posteriormente, há 10 anos atrás, os setores foram desmembrados, vindo todo o administrativo para a capital do estado do PR. Porém neste período em que se realizava esse trabalho, a direção da empresa posicionou-se de maneira a unir novamente o setor gerador e administrativo na região de fronteira, como inicialmente funcionava.

Esse direcionamento trouxe aos funcionários e familiares, grande preocupação e apreensão quanto ao seu futuro. Os mesmos mencionavam tal inquietação durante as consultas realizadas com a equipe multidisciplinar.

No período em que se realizou este trabalho, o país enfrentava a falta de chuvas, com conseqüente baixa dos níveis dos reservatórios de água, comprometendo de um modo geral a produção de energia elétrica, problema não extensivo a região sul, porém a mesma foi envolvida nos projetos de economia de energia que vigoraram em todo o país.

Outra situação paralela era a de que sabia-se que a região sul tinha capacidade de fornecer a energia que faltava para outras regiões, não fosse a precariedade das estruturas transmissoras (linhas de transmissão).

Internamente, o setor elétrico, que vinha esperando para esse período, um aumento no consumo de seu produto, com conseqüente aumento de receita, entrou em um processo de recessão, que provocou a práticas de medidas para contenção de custos internos na empresa. Funcionários que até então recebiam salários e vantagens superiores a média do mercado de trabalho, viram seus vencimentos serem achatados e vantagens cortadas, gerando descontentamento desmotivação e preocupação por parte dos funcionários. Situação também mencionada pelos mesmos durante as consultas. Para CÂNDIDO, V.G., NEVES, M, De A. in ARAÚJO & Cols (1998, p. 181):

" Se os conflitos entre frustração e realização no trabalho constituem do ponto de vista existencial, o sofrimento primeiro do trabalhador, isso independe de qualquer problema relativo à sua saúde física ou mental. Ou seja, a dimensão do sofrimento que estamos abordando, vai além do "mal estar." "

1.3 Justificativa e contribuição da pesquisa

Tendo em vista que o trabalhador passa geralmente oito horas diárias e quarenta e quatro horas semanais (CLT Consolidação das leis trabalhistas – Lei

8.966 de 27/12/94) a serviço da empresa que o emprega. FORMICA (1998, p. 156), cita que essa jornada de trabalho pode ser ainda maior em alguns casos:

“Ocorrendo necessidade imperiosa, pode a duração do trabalho exceder do limite legal ou convencionado, seja para fazer face a motivo de força maior ou conclusão de serviços inadiáveis, ou cuja inexecução possa acarretar prejuízo manifesto”

É inevitável que se faça alguma analogia entre a doença do indivíduo e seu trabalho.

Dessa maneira, espera-se que esse trabalho possa contribuir para a identificação de situações de risco, e, a partir daí, traçar um programa para prevenir, e minimizar a ocorrência das doenças coronarianas, como também, possibilitar o aperfeiçoamento do ambiente de trabalho dos portadores dessa patologia na empresa, buscando a solução para a continuidade do crescimento profissional e pessoal do funcionário, aliada ao crescimento da empresa.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Criar um procedimento para identificar os fatores de risco para as doenças coronarianas em ambientes de trabalho, para propor um programa que previna ou minimize esta situação, e verificar sua eficácia, quanto a melhora da condição de trabalho do portador dessa patologia.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- identificar os fatores de risco para as doenças coronarianas na empresa;
- analisar e mapear esses fatores;
- propor programa com ações de melhoria;

- verificar a eficácia do programa

1.5 Delimitações

A doença coronariana é de origem multifatorial, e apesar desse trabalho pretender mapear, pesquisar e conceituar seus fatores originantes, e verificar o quanto isso interfere nas boas condições de trabalho dos funcionários, não foram realizadas análises das atividades laborais dos mesmos, sendo consideradas, para tanto, apenas a percepção auto presumida dos profissionais, colhidas em instrumento de auto avaliação. (anexo 01)

1.6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi realizada na empresa por intermédio de uma equipe multiprofissional, composta por um médico cardiologista, duas fisioterapeutas, uma psicóloga, uma enfermeira, uma farmacêutica e uma nutricionista, da qual esta pesquisadora foi uma das fisioterapeutas.

Cada profissional foi responsável pela avaliação em sua área específica, adotando critérios próprios da profissão, (anexos 01,02,03,04,05,06,e 07)

Para fins didáticos, optou-se pela exposição dos gráficos, com a subsequente análise do mesmo, com o uso de apoio da literatura.

Por se tratar de uma avaliação de comportamento, sentimentos e relacionamento dos funcionários, coube a profissional da psicologia aplicar o instrumento de auto avaliação (anexo 01) para o conhecimento da condição de trabalho dos funcionários.

A equipe, obteve a autorização da empresa para o desenvolvimento desta pesquisa e de sua divulgação neste trabalho científico sem a citação de sua marca, nome, ou logotipo, e de todos os indivíduos nele envolvidos desde que sua privacidade e anonimato fossem preservados.

Foram avaliados 100% funcionários administrativos, totalizando um número de 206, dentre os quais, identificou-se 110, (53%) como sendo do grupo de risco. Durante um ano, a cada quatro meses, os funcionários pertencentes ao citado grupo de risco, eram reavaliados e os que traziam resultados evolutivos em direção à saúde, seja em consultas ou por meio dos exames solicitados, eram encaminhados para uma etapa do programa, (sexta etapa) na qual se realizava a continuidade das orientações, sob a forma de outras ações, que não por meio de consultas e reconsultas.

Os exames eram solicitados pelo médico que fazia parte da equipe, e referiam-se a HDL, LDL, glicemia, triglicerídios e outros.

A pesquisa realizou-se caráter quantitativo/qualitativo, sob a forma de um estudo de caso, que segundo DONAIRE (1997) procura explicar as variáveis envolvidas em uma realidade que possui certas complexidades que se tornariam de difícil compreensão, através de outro método. GIL (1999, p. 26) define método científico, como sendo um conjunto de procedimento intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.

A primeira etapa do trabalho consistiu na formação da equipe inter disciplinar que trabalharia, com a população de risco determinada através de condutas específicas de cada profissional. Para HULL, F.M. et Al. (1996, in PONTO DE VISTA) "Equipes interdisciplinares trazem uma série de disciplinas em contato, a

colocação facilita seu intercâmbio, e as gratificações por equipe fornecem incentivo para o trabalho colaborativo.

Formação da equipe e função de cada profissional no programa:

01 médico cardiologista – Realizava consultas clínicas, dentro de sua especialidade, fazia solicitação de exames laboratoriais comprobatórios, e fazia o diagnóstico cardíaco de cada funcionário, (Anexo 02) e dava as orientações preventivas pertinentes aos seus achados clínicos.

01 psicóloga - Realizava consultas clínicas, dentro de sua especialidade, fazia aplicação de testes específicos e fazia o diagnóstico quanto ao perfil psicológico de cada funcionário, (Anexo 03) e dava as orientações preventivas pertinentes aos seus achados clínicos.

01 enfermeira – Realizava as pré-consultas médicas, dentro de sua especialidade, verificando e realizando o controle dos dados vitais (pulso, pressão arterial, temperatura...) de cada funcionário, (Anexo 07) e dava as orientações preventivas pertinentes aos seus achados clínicos.

01 nutricionista - Realizava consultas clínicas, dentro de sua especialidade, fazendo exames clínicos, e testes específicos, dando o diagnóstico quanto ao peso e perfil nutricional de cada funcionário, (Anexo 04) e dava as orientações preventivas pertinentes aos seus achados clínicos.

01 farmacêutica/bioquímica - Realizava entrevistas com os funcionários, dentro de sua especialidade, verificando a história medicamentosa de cada funcionário, especialmente buscando verificar quanto ao uso indiscriminado e incorreto de medicamentos e automedicação. (Anexo 05) e dava as orientações preventivas pertinentes aos seus achados clínicos.

02 fisioterapeutas - Realizavam consultas clínicas, dentro de sua especialidade, fazendo exames posturais, testes articulares e musculares específicos, e verificavam o condicionamento físico dos funcionários, e dando o diagnóstico quando a condição física estrutural de cada um, (Anexo 06) e dava as orientações preventivas pertinentes aos seus achados clínicos.

A Segunda etapa, foi a convocação da totalidade dos funcionários, de todos os níveis hierárquicos para aplicação do questionário de auto avaliação de sua condição no trabalho e consulta com todos os profissionais da equipe de saúde, para estabelecimento do grupo de risco, ou seja, grupo de indivíduos que apresentem mais de um fator pré disponentes para as coronariopatias, através de exames e avaliação clínica de todas as especialidades. Para MINAYO (1993) Boa amostragem, é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado.

Na terceira etapa efetuou-se o levantamento estatístico da população de risco e mapeamento dos fatores.

Nesta mesma etapa, uma vez identificada a população de risco, a equipe iniciou o trabalho de orientação, onde cada profissional buscou orientar cada funcionário, dentro de sua área de competência.

A quarta etapa do trabalho se prolongou por um ano e se traduziu por reavaliações clínicas a cada quatro meses, com solicitação de exames para efeitos comparativos, e determinação dos indivíduos que deixarão essa etapa do programa para serem enquadrados na sexta etapa do mesmo, por terem melhorado sua condição de saúde e saindo do grupo de risco.

A Quinta etapa foi a realização de estudo estatístico das alterações de cada funcionário em relação a todos fatores de riscos percebidos anteriormente. Evidenciando dessa maneira, as alterações das patologias de base das coronariopatias.

Pontua-se que, todo o trabalho de avaliações e reavaliações dos funcionários, realizou-se dentro da própria empresa, com o objetivo de causar o menor impacto possível na rotina de trabalho da empresa e dos funcionários, e minorar custos. Os exames solicitados foram feitos através do convênio de saúde que a empresa mantém para seus colaboradores, a pedido do médico da equipe de saúde.

A Sexta etapa consistiu na elaboração de ações de prevenção e melhoria da condição de saúde, destinadas a dar continuidade no trabalho de orientação iniciado nas etapas anteriores, para os indivíduos que deixavam a condição de risco.

Essas ações aconteciam em eventos realizados aos sábados pela manhã com a mesma periodicidade das reavaliações, ou seja, a cada dois bimestres, e fora do ambiente de trabalho.

Esses eventos eram compostos das atividades que se seguem:

Os locais eleitos para essas atividades, eram os parques públicos da cidade de Curitiba, com estrutura, salão com mesas e cadeiras, banheiros e cozinha, para acolher o grupo, que iniciava aí sua rotina de trabalho com a mensuração dos dados vitais, (pressão arterial e frequência cardíaca) dos componentes, realizada pelos membros da equipe multidisciplinar, para se assegurar de que os indivíduos estivessem em boas condições de saúde para realizar as atividades

que se seguirão, e para reforçar as práticas de controles da pressão arterial orientadas a eles nas fases anteriores do programa.

A seguir, as fisioterapeutas conduziam uma atividade de aquecimento, por meio de exercícios de alongamento muscular, para prepará-los fisicamente para a atividade principal, descrita a seguir, incentivando a adesão à prática de atividades físicas adequadas a sua condição física, e possibilitando o aprendizado de exercícios e sua correta maneira de realizá-los. Durante esse trabalho, as fisioterapeutas davam também, outras informações sobre atividade física, onde realizar, como realizar, com que profissional realizar, com que frequência realizar e de como essa prática previne e auxilia na recuperação da saúde. Finalizada esta etapa, acontecia a atividade principal do evento.

Esta atividade consistia em uma caminhada acompanhada e orientada pelos integrantes da equipe multidisciplinar, tinha início logo após o trabalho de aquecimento e era realizada com todo o grupo que fazia parte desta Sexta etapa do trabalho. Na caminhada, o nível de esforço físico imposto a cada indivíduo, com a finalidade de condicioná-lo, respeitava a sua condição e preparo físico. Os que já se encontravam há mais tempo nessa etapa, tinham uma maior exigência.

Para garantir que cada indivíduo estivesse realizando a atividade dentro de suas possibilidades, o grupo era dividido em outros menores, de acordo com o tempo de enquadramento nesta etapa do programa. Cada um deles tinha a supervisão e acompanhamento de um dos componentes da equipe multidisciplinar. Assim, os vários grupos iniciavam juntos a caminhada, sendo que o número de voltas previstas para percurso, era menor para o grupo integrado a

menos tempo à essa fase do trabalho. Já melhores condicionados por já fazerem parte a mais tempo desta etapa, realizavam percursos maiores.

Após o término do seu percurso, cada grupo se dirigia ao local de início da atividade, para novo controle dos dados vitais, para efeito comparativo com o mensurado antes do trabalho físico, para efeito de segurança. Após essa mensuração dos dados vitais, a psicóloga da equipe realizava um trabalho de relaxamento e uma dinâmica de grupo, com intuito de motivar a melhora da auto estima e dos cuidados com a saúde. O evento terminava com um café da manhã elaborado pela nutricionista da equipe e tinha a função de alimentar o grupo, e dar sugestões de opções saudáveis, para compor uma dieta alimentar balanceada e compatível com as necessidades do grupo.

Para a realização desses eventos, era mobilizada uma outra equipe de saúde voltada para um pronto atendimento, e equipada para intervenções e transporte de emergência e todo o custo desses eventos, eram patrocinados pela empresa.

Esse modelo de ação, permitia não apenas a continuidade do trabalho, ou a prática de uma atividade física, mas também proporcionava momentos de integração e confraternização, entre os componentes do grupo.

O critério adotado para avaliar a melhora da condição de trabalho dos funcionários, foi o de repetir a auto avaliação em todo o grupo, considerado de risco, e em todo o grupo dos indivíduos que já se encontravam na Sexta etapa do programa por haverem melhorado sua condição de saúde.

O instrumento de auto avaliação (anexo 01) utilizado neste trabalho, é um questionário proposto por NASCIMENTO e MORAES (2000, p, 101) foi adaptado pela equipe multidisciplinar, às queixas referenciadas pelos funcionários, nas

consultas iniciais (Segunda etapa) com a psicóloga, e por serem compatíveis com a sintomatologia das coronariopatias.

1.7 Estrutura do trabalho

O trabalho será estruturado em capítulos, conforme descrição que segue-se:

Capítulo 1. Refere-se ao problema, justificativa, objetivos, procedimentos metodológicos, limitações, descrição da empresa, suas questões internas, e sua contextualização no cenário político nacional.

Capítulo 2. Diz respeito à revisão bibliográfica da doença coronariana e seus fatores pré disponentes, da prevenção e sua importância, e medidas preventivas para esses fatores.

Capítulo 3. Contém a apresentação da pesquisa, com seus resultados, comentários e conclusões do estudo.

Capítulo 4. Conclusões sugestões para trabalhos futuros e contribuição da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Doenças cardíacas.

Diversos são os distúrbios que acometem o coração, alterando o seu perfeito funcionamento. Para CARVALHO (2001), as coronariopatias estão entre eles, e é hoje uma das principais causas de mortalidade no mundo.

Além de seus sintomas, algumas vezes limitantes aos seus portadores, as coronariopatias, podem levar ao infarto agudo do miocárdio, (lesão do músculo cardíaco por falta de irrigação sangüínea) que quando não mata imediatamente, deixa seqüelas, pois após esta lesão, a capacidade de bombeamento do coração fica reduzida, impedindo o paciente de exercer atividades que requerem maior esforço. Quanto maior a área de músculo cardíaco lesada durante o infarto, maior o grau de insuficiência.

O mesmo autor refere:

“A insuficiência cardíaca é progressiva, de modo que o quadro clínico dos pacientes só piora: 22% dos homens e 46% das mulheres que sofrem infartos evoluem para insuficiência cardíaca congestiva em um prazo de seis anos. Essa doença é grave e sua incidência vem crescendo, tanto que, nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca aumentou 138% entre 1979 e 1998”.

2.2 Coronariopatias

Chamada de DCC a doença cardíaca coronariana “*consiste, em geral, em alterações degenerativas na íntima (camada de tecido que constitui a parede do vaso arterial coronariano) ou no revestimento interno das artérias mais calibrosas que irrigam o músculo cardíaco ou miocárdio*” (ASTRAND, P-O, RODALHL, k. - 1992).

As causas para essa doença são inúmeras, e segundo TIERNEY ECOLS. (1999) pode-se citar o colesterol T, (LDL/HDL) os triglicerídios, o diabetes, a pressão arterial, obesidade, o tabagismo, o estresse, o sedentarismo, o histórico familiar, como as principais relacionadas às coronariopatias. Esses vários fatores, podem conferir ao portador uma série de sintomas, que podem interferir na rotina diária do paciente em diferentes níveis, conforme a gravidade da alteração. Segundo a SOCESP (1995, P. 255-261) são eles: as taquicardias, (palpitações) cefaléias, (dores de cabeça) vista escura, dispnéia, (aceleração de respiração) fadiga, prostração, mal estar geral indefinido, sudorese, (suores abundantes) síncope, (Perda temporária da consciência, por insuficiência da circulação sangüínea no cérebro) pré síncope, crises hipertensivas, (aumento da pressão arterial), variações bruscas da pressão arterial, náuseas, vômitos, instabilidade emocional, irritabilidade, diminuição da memória, edemas, (inchaços) infarto agudo do coração e morte súbita.

2.3 Definição dos fatores de risco para as coronariopatias

2.3.1 Colesterol T e Triglicerídios

Trata-se do excesso de gorduras na corrente sangüínea que impedem ou dificultam a passagem do sangue para o coração. Segundo FRANCISCO (1996), o aumento do colesterol pode estar associado à idade e ao aumento do peso corpóreo. Para esta pesquisa, devido ao ano em que se realizou a mesma, (2000) ainda utilizou-se os antigos valores de referências da SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (até 2000). Salienta-se que, a partir do ano seguinte, estes valores de referência sofreram alteração após o trabalho: *III DIRETRIZES*

BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, da mesma SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2001) que estabeleceu estes valores em:

- Desejável < 200mg/dl; limítrofe de 200 a 239 mg/dl; e elevado de 240 mg/dl para o Colesterol Total;
- De: ótimo < 100 mg/dl; desejável de 100 a 129 mg/dl; limítrofe de 130 a 159 mg/dl; alto de 160 a 189 mg/dl; e de muito alto para valores iguais ou > que 190 mg/dl, para o LDL Colesterol; e
- De: Baixo < 40 mg/dl; e alto > 60 mg/dl.

2.3.2 Diabetes

Segundo MARTINES (1996), o diabetes confere maior risco para o desenvolvimento de coronariopatias, independentemente das faixas etárias e dos níveis de colesterol.

2.3.3 Pressão arterial

É a pressão exercida pelo sangue contra o interior das paredes arteriais. É também a força que movimenta o sangue através do sistema circulatório. É hipertensão quando em repouso, está elevada para além de 140 mmHg e 90mmHg (sistólica e diastólica, respectivamente). A hipertensão arterial é dos mais importantes fatores de risco para as coronariopatias, e sua prevalência na população adulta é de cerca de 20%, afirmam SANTELLO, KRASILSIC & MION (1996).

2.3.4 Obesidade

A obesidade é um problema de saúde de interesse universal, pois atinge um número significativo nas mais diferentes raças e idades. Caracteriza-se por acúmulo de gordura no tecido adiposo capaz de aumentar 20% ou mais o valor do peso ideal (FRANCISCO, 1996, p. 558). Sua principal causa é o excesso de gordura no organismo, levando os indivíduos a apresentarem maior risco de

desenvolver coronariopatias e outros males como a hipertensão e o diabetes que também contribuem para o desenvolvimento de doenças cardíacas (SISVAN, 2000).

Mas não é só o aumento de peso que se torna um risco para o indivíduo. A distribuição regional da gordura corporal também é fator de risco importante. Há aumento de risco para a saúde quando a gordura se acumula em abdome e vísceras.

Segundo ALONSO (2001) o Brasil é um dos países cujo modo de vida tem contribuído para o aumento da obesidade. Isso porque a grande disponibilidade de óleos vegetais e de gordura de origem animal têm baixo custo, estando acessível a grande maioria da população. Além disso, os produtos da moda (sanduíches de fácil consumo, massas e frituras) facilitados também pelo baixo custo, pela propaganda enganosa e pela economia de tempo são fartamente consumidos, mudando o estilo alimentar da população, para pior, pois deixa-se de ingerir alimentos vitais para o organismo passando a consumir esses alimentos ricos em gorduras que trazem a obesidade e à má distribuição da gordura no corpo.

Para essa autora, as principais causas da crescente obesidade atual, além das já apontadas, são as seguintes:

- ♦ comer grandes quantidades de alimentos;
- ♦ comer muitos produtos dietéticos;(eles não possuem açúcares, mas são altamente calóricos)
- ♦ comer com muitos “detalhes” (cremes, chocolate, maionese);
- ♦ comer somente em restaurantes (com muitas frituras e carregados de gorduras);
- ♦ comer principalmente à noite;
- ♦ beber quantidades excessivas de refrigerantes;
- ♦ não comer frutas e/ou vegetais;

- ♦ não beber água;
- ♦ substituir refeições por chocolates, salgadinhos;
- ♦ fazer as refeições no dormitório. (Não se percebe o volume de alimentos ingeridos, comendo mais que o necessário)

2.3.5 Sedentarismo

O sedentarismo já é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a doença do próximo milênio. Trata-se de um comportamento induzido por hábitos decorrentes dos confortos da vida moderna. Com a evolução da tecnologia e a tendência cada vez maior de substituição das atividades ocupacionais que demandam gasto energético por facilidades automatizadas, o ser humano adota cada vez mais a lei do menor esforço reduzindo assim o consumo energético de seu corpo.

GHORAYEB E BARROS (1999, p. 17) definem o sedentarismo, como a falta ou a grande diminuição da atividade física. Na realidade, o conceito não é associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva. Do ponto de vista da Medicina Moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais. Para deixar de fazer parte do grupo dos sedentários o indivíduo precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas.

A vida sedentária provoca literalmente o desuso dos sistemas funcionais. O aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas solicitados durante as diferentes formas de atividade física entram em um processo de regressão funcional, caracterizando, no caso dos músculos esqueléticos, um fenômeno associado à atrofia das fibras musculares, à perda da flexibilidade articular, além do comprometimento funcional de vários órgãos.

O sedentarismo, segundo (BARROS, 1997) é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças. Hipertensão arterial, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol, infarto do miocárdio (lesão do músculo cardíaco, por deficiência circulatória) são alguns dos exemplos das doenças às quais o indivíduo sedentário se expõe. É considerado o principal fator de risco para a morte súbita, estando na maioria das vezes associado direta ou indiretamente às causas ou ao agravamento da grande maioria das doenças.

2.3.6 Tabagismo (Consumo de cigarros)

Conforme descreve ISSA (1996), o tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos como o maior fator de risco evitável de morbidade e mortalidade. Até essa data, as estatísticas apontavam para aproximadamente um quinto da população mundial (cerca de 1 bilhão de pessoas), como de fumantes, apesar dos malefícios que ele traz serem suficientemente conhecidos.

Segundo MALBERGIER (2001), nos Estados Unidos, 50% da população adulta fuma, e no Brasil, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), um terço da população adulta fuma, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens.

Esses malefícios, incluindo-se aí as coronariopatias, fazem com que três milhões de fumantes morram por ano em todo o mundo, sendo cem mil só no Brasil (ISSA, 1996). Em relação a esses números, só no Estado de São Paulo, em 1996, morreram 5.243 de coronariopatias.

O tabagismo bloqueia a artéria podendo causar coagulação do sangue com a conseqüente morte, sendo responsável por 1 a cada 6 óbitos no Brasil (III CONGRESSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

Entre os componentes do cigarro, encontram-se o monóxido de carbono, a nicotina, o benzopireno e os radicais livres que incidem diretamente em danos cardiovasculares, trazendo as seguintes alterações:

- ♦ efeito arritmogênico nas fibras cardíacas;
- ♦ efeito pró-coagulante (alterações no fibrinogênio, nas hemácias e nas plaquetas);
- ♦ hipoxemia tecidual;(diminuição de oxigênio nos tecidos)
- ♦ descarga adrenérgica;
- ♦ diminuição do HLD-colesterol;
- ♦ oxidação do LDL-colesterol;
- ♦ lesão e/ou disfunção endotelial (decorrente dos radicais livres que aumentam a degradação de óxido nítrico).

Os efeitos cardiovasculares dependem da dose, quer dizer, quanto maior o número de cigarros consumidos por dia, maior será o risco de doenças nessa área. Importante observar que, apesar dos fabricantes terem aplicado filtros em cigarros, eles não conseguiram fazer diminuir o risco do seu uso para as coronariopatias.

2.3.7 Estresse

O termo estresse, é a variação do termo original em inglês *STRESS*, que surge, a partir dos séculos XVIII e XIX, segundo FARIAS (in LIPP 1996) relacionado com força, esforço, e tensão.

Para HOLMES e RAHE (in MORAES 2002), *stress* ou estresse, são qualquer demanda interna ou social que requer do indivíduo um reajuste de seu comportamento habitual.

Muitas são as reações que os indivíduos apresentam em relação ao seu local de trabalho. Entre uma infinita variedade de atitudes e emoções pode-se considerar como mais relevantes a satisfação no trabalho e o estresse ocupacional. A primeira reflete um estado emocional agradável que resulta da percepção de que o trabalho ajuda o sujeito a alcançar resultados valorizados pelos demais sujeitos e por toda a sociedade. Já o segundo reflete um estado emocional desagradável pois é decorrente de incertezas sentidas na própria capacidade de atender às demandas exigidas pelo trabalho, e é este aspecto que compromete a saúde do trabalhador. Para GRANDJEAN, (1998) o estado emocional causado por uma discrepância entre o grau de exigência do trabalho e os recursos disponíveis para gerenciá-lo, define o *stress* do trabalho. Desta forma, é essencialmente, um fenômeno subjetivo e depende da compreensão individual da incapacidade de gerenciar as exigências do trabalho.

O estresse, embora não seja considerado uma doença, pode se transformar em patologia quando a contingência torna-se rotina SELYE (in Lipp 1996. P.89). O mesmo pode ser traduzido como um esgotamento físico e emocional, é um dos problemas diagnosticados pelos psicólogos e psiquiatras quando se discute o modo de vida e o ambiente em que o ser humano está inserido atualmente. Estresse é a resposta físico-psicológica de um indivíduo que procura adaptar-se e ajustar-se às pressões internas e externas. Refere-se também, ao estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo LIPP, (1999). Portanto, estresse não é uma doença, é um alerta do corpo para o período entre a saúde e a doença.

Segundo MORAES (1996), o estresse advém de inúmeros fatores, como o excesso de trabalho, a luta pelo poder, cobranças exageradas por parte da família ou mesmo da chefia e insucessos na vida profissional, familiar e social.

Para SELYE (In: SILVA, 1996 p. 23). *“Estresse é a resposta não específica do organismo a toda solicitação que lhe é feita”*.

COUTO (1978, p. 214) afirma que as manifestações de estresse (fadiga psíquica) apresentam-se tanto no trabalho como na vida social dos indivíduos.

“As manifestações no ambiente social são resultado da falta de sincronização comportamento, com diminuição da rapidez na resposta a estímulos diversos e diminuição acentuada da capacidade de vigilância, o que pode comprometer muito a execução de tarefas, principalmente aquelas relacionadas [...] à qualidade”.

Pode-se acrescentar ainda os conflitos familiares, o estado de competição crônico próprio de nossa época, a pobreza das relações interpessoais e afetivas e o pouco espaço que se concede nesta nossa sociedade moderna para a vivência e a expressão das emoções (SILVA, M., 1996).

As conseqüências geradas pelo estresse podem envolver muitos dos sistemas orgânicos humanos, inclusive o cardiovascular.

2.3.8 Histórico familiar

Refere-se geralmente, às cardiopatias congênitas, que por definição são familiares e hereditárias. Conforme descrevem SHIMODA et al (1996), a anamnese familiar para investigar a possível existência de outros afetados, assim como o grau de parentesco com o afetado, constituem etapas importantes no processo do aconselhamento genético.

De acordo com os estudos da genética, as enfermidades de herança dominante, o risco de recorrência calculado é de 50% se um dos progenitores também for afetado. Por outro lado, se os progenitores forem normais, o afetado é considerado decorrente de “mutação nova” e, nesses casos, o risco de recorrência é desprezível (menos de 5%) para os futuros filhos do casal. No entanto, o risco de recorrência é de 50% para os futuros filhos do afetado.

Nas doenças de herança recessiva, os progenitores são normais. A consangüinidade é um fator importante a ser considerado, este tipo de herança e o risco de recorrência neste caso, é de 25%.

Outro caso é a das cromossomopatias que decorrem da presença de cromossomos a mais (trissomias) ou a menos (monossomias), ou de defeitos estruturais, falta (deleção) ou excesso (duplicação) de segmentos em determinados cromossomos.

O risco de recorrência é geralmente desprezível (menos de 3% nas trissomias livres). No entanto, nos casos de translocação, deve ser realizado o estudo cromossômico dos pais, pois se um dos progenitores apresentar uma translocação equilibrada, o risco de recorrência pode variar de 20% a 100%.

2.4 Conceitos de aprendizagem e orientação clínica

A orientação é uma forma muito comum de buscar a minimização de problemas existentes ou de preveni-los, seja ele, de caráter médico, fisioterapêutico, psicológico, pedagógico, ou outras. Onde um ou mais indivíduos transmitem a outro ou outros, conhecimentos e informações julgadas úteis.

As atitudes constituem um estado hipotético, como que se pretende explicar certa consistência no comportamento das pessoas. Atitudes são predisposições para agir. O conjunto de atitudes de uma pessoa reproduz a estrutura ideológica, enquanto a canalização e produto psicossocial dos interesses próprios de seu grupo social. MARTIN -BARÓ, (1985). Podendo-se explicar assim, a dificuldade para mudar atitudes instaladas profundamente.

A educação ou a aprendizagem, significam mudanças de paradigmas, que em grego significa padrão, e que conforme ARANHA (1996,p.37),

"um paradigma é um modelo, um conjunto de idéias e valores capaz de situar os membros de uma comunidade em determinado contexto, de maneira a possibilitar a compreensão da realidade e a atuação a partir de valores comuns".

CAPRA (1996,p.24) afirma que estamos atravessando um período de mudanças de paradigma social, ele generalizou a definição de KUHN de paradigma científico, obtendo como paradigma social *"uma constelação de concepções, de valores, de percepções e de práticas compartilhadas por uma comunidade, que dá forma a uma visão particular de realidade, a qual constitua base da maneira como a comunidade se organiza"*

A educação e a orientação clínica também estão vivendo uma mudança de paradigmas, já que está preocupando-se com a adoção de novos modelos.

A orientação clínica, que corresponde a educação dos pacientes, só pode ser entendida em um determinado contexto histórico. A ciência e a tecnologia transformaram os usos e costumes da sociedade, não só facilitando diagnósticos, mas também influenciando novas tendências do pensar na orientação, que tradicionalmente apoiava-se simplesmente na transmissão oral.

WEIL em BRANDÃO (1991,p.15/18), afirma que *“uma revolução científica, é antes de tudo, uma revolução de paradigma”* e **causou impactos na própria medicina e conceitos de saúde:**

...o desaparecimento do clínico geral e a fragmentação da medicina em super especializações levam os pacientes a se sentirem perdidos diante da ausência freqüente de uma visão sintética do seu caso. A frieza da objetividade científica, o paciente considerado como objeto de estudo, o corpo percebido como uma máquina a ser consertada, o desprezo pelos aspectos psicológicos da doença são, entre outros aspectos consequência direta ou indireta do antigo paradigma...

A palavra pode ser comparada, segundo VYGOTSKY (1988), a um instrumento que leva ao aprendizado.

Para LA TAILLE et col. (1992, p.18) *“Cada indivíduo precisa construir conhecimentos em resposta a uma demanda social de algum tipo, e também precisa comunicar seu pensamento cuja a correção e coerência serão avaliados pelos outros”*. Segundo a mesma autora:

“Embora existam leis funcionais de equilíbrio irredutíveis a padrões lingüísticos interiorizados, a busca desse equilíbrio – no plano do pensamento – permaneceria inexplicável se não fossem evocadas as relações interindividuais.”

Porém, continua a autora, *“não se pode afirmar que todo o tipo de relação interindividual pode favorecer o desenvolvimento do aprendizado.”*

Para PIAGET (1988) *“é necessário fazer uma clara distinção entre dois tipos de relação social: A coação e a cooperação”*.

Segundo o autor, *“a coação social é a relação entre dois ou mais indivíduos, na qual intervém um elemento de autoridade e prestígio”* como, por exemplo, entre professor e aluno, médico e paciente e outros.

Neste tipo de relação, “o coagido aceita as verdades impostas pelo outro, sem fazer o esforço da verificação dessas verdades, o que o leva freqüentemente a distorcer essa verdade, ou ao não cumprimento da mesma.” LA TAILLE et col..(1992,p23)

LA TAILLE et col. (1992,p.2) continua afirmando que,

“são relações de cooperação que irão pedir e possibilitar o desenvolvimento do aprendizado. Nessa relação está pressuposta a coordenação das operações de dois ou mais sujeitos, não havendo mais a imposição, a assimetria, repetição ou crença. Há discussão, troca de pontos de vista, controle mútuo de argumentos e provas. E BEHRENS (1999,p.78) concorda afirmando que o desenvolvimento intelectual se apresenta por meio do compartilhamento de idéias, informações, responsabilidades, decisões e cooperações entre os indivíduos”.

A eficácia da orientação clínica, parece então, estar relacionada ao tipo de relação que se estabelece entre a equipe de saúde e o paciente, possibilitando, ou não o real aprendizado com mudança de atitudes que determinariam as mudanças dos comportamentos de risco ou agravantes de patologias já instaladas.

MIZUKAMI, (1986,p. 86/87) destaca que:

“_ situado no tempo e no espaço, inserido num contexto sócio-econômico-cultural-político, enfim num contexto histórico...o homem chegará a ser sujeito por meio de reflexão sobre a realidade, sobre sua própria situação concreta, mais se torna progressiva e gradualmente consciente, comprometido a intervir na realidade para muda-la.... o homem é um ser possui raízes espaço-temporais: é um ser situado no, e com o mundo.”

2.5 A Prevenção e sua importância

De acordo com LEAVELL & CLARK (1976, p. 11)

"os objetivos finais de toda atividade médica, odontológica e de saúde pública, seja ela exercida no consultório, na clínica, no laboratório ou na comunidade, são a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o prolongamento da vida".

Para atender a esses objetivos são instituídos programas de prevenção de doenças.

Esses programas de prevenção visam atender à população em geral. Isso significa lidar com pessoas saudáveis e também com pessoas doentes, em fase inicial, avançada ou crônica, assim como promover a reabilitação. No entanto, a ênfase e a atenção do trabalho preventivo devem estar primordialmente dirigidas para as pessoas que se encontram saudáveis, ou seja, aos programas de prevenção primária.

O diagnóstico precoce da doença possibilita a recuperação mais imediata, por prestar assistência necessária a um organismo em que o processo da doença ainda não provocou danos muito sérios.

Para SIMON (1989), quanto mais precoce a intervenção, menores são as possibilidades de agravamento da doença e maiores as expectativas de recuperação.

Segundo LEAVEL e CLARK, (1976,p.14) a instalação da doença no indivíduo pode originar-se de vários e diferentes estímulos e percorrer trajetórias diversas, até apresentar manifestações clínicas.

Os efeitos dos estímulos podem não ser perceptíveis ao indivíduo num primeiro momento e tampouco aos instrumentos diagnósticos existentes. Essa fase é denominada patogenia precoce. Posteriormente, à medida que esses efeitos aumentam de intensidade, transcorre a fase da patologia precoce, em que os sinais clínicos já são perceptíveis.

Para SIMON,(1989) na fase avançada da doença, o processo encontra-se em plena evolução e os seus sinais e sintomas são evidentes. Esse processo pode evoluir para a cura total da doença ou a morte, permanecer crônica ou ainda sua cura parcial.

Em todo trabalho que visa atendimento preventivo, é útil e importante considerar as fases de prevenção propostas por LEAVEL e CLARK (1976, p. 15), a partir do modelo da História Natural das Doenças. Segundo esse modelo as fases são:

2.5.1 Prevenção primária

Consiste num conjunto de medidas que visam preservar e melhorar a saúde em geral e prevenir o surgimento de doenças.

2.5.2 Prevenção secundária

Compreende dois níveis:

- a) diagnóstico precoce.
- b) aplicação rápida de tratamento eficaz, para evitar o agravamento da doença, a morte, a cronificação ou a invalidez do indivíduo.

2.5.3 Prevenção terciária

Propõem medidas de reabilitação quando, após a cura, a doença deixa como seqüela uma invalidez parcial ou total, assistir aos doentes crônicos, buscando assim minimizar as conseqüências incapacitantes decorrentes da cronicidade e auxiliar o indivíduo a fazer uso do seu potencial remanescente.

2.6 Ações preventivas para os fatores de risco das coronariopatias

2.6.1 Colesterol T e triglicerídios

Para GUYTON (2000), uma dieta com alto teor em gorduras, principalmente aquelas contendo colesterol e gorduras saturadas, aumenta a probabilidade de desenvolvimento da aterosclerose, que leva a lesões da parede arterial. Por isso, a diminuição da ingestão de gorduras auxilia bastante a proteger contra a aterosclerose, (acúmulo de placas de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos) e experimentos indicam que isso pode beneficiar até pacientes que já sofreram crises coronarianas

Os triglicerídios, ainda segundo GUYTON (2000) ficam em sua maior parte armazenados no tecido adiposo, aguardando solicitação para fornecer energia para os demais tecidos, porém quando há um aumento de tecido adiposo (rico em triglicerídios) aguardando para ser utilizado, teremos como resultado, a obesidade, que tem implicação direta nas coronariopatias. O que mostra que a necessidade de produção energética (queima energética) deve ser equilibrada com a síntese de triglicerídios, e com a ingestão de gorduras saturadas, já que sua ingestão aumenta o armazenamento das mesmas.

2.6.2 Diabetes

Segundo RABELO, NOVAZZIM& MARTINES (1996), uma das principais medidas para a prevenção de coronariopatias entre indivíduos diabéticos é a detecção e o tratamento precoce das dislipidemias. Para isso, esses indivíduos devem realizar dosagens anuais dos lipídeos plasmáticos, cujos níveis devem ser mantidos inferiores a 100 mg/dl quando se referem a LDL - Colesterol, a menor que 150 mg/dl em triglicerídios.

Sendo assim, o controle glicêmico é a primeira medida a ser tomada, uma vez que a prevalência de dislipidemia que provoca a coronariopatia, apresenta relação inversamente proporcional ao controle glicêmico.

Algumas medidas a serem tomadas para a prevenção desse tipo de problema são a dieta e a atividade física. A dieta visa manter os níveis glicêmicos e lipídicos dentro dos limites da normalidade e a atividade física, de forma geral, beneficiam o aumento da captação de glicose, reduzindo os níveis de HDL - Colesterol e de triglicerídeos.

Medicamentos também podem ser utilizados como controle da glicemia, sejam eles por via oral, ou injetável. (insulina)

2.6.3 Pressão Arterial

Desde 1948 a hipertensão é conhecida como fator de risco para as coronariopatias. Estudos comprovaram que os anti-hipertensivos melhoram a expectativa de vida ao reduzir a pressão arterial, reduz substancialmente a morbi-mortalidade decorrente de doenças do coração fazendo ver a necessidade do tratamento preventivo.

Os anti-hipertensivos são inibidores dos canais de cálcio, inibidores da convertase e bloqueadores de receptores da angiotensina II, prevenindo a hipertensão arterial.

A redução da obesidade, redução do sódio na alimentação, aumento do conteúdo de potássio, atividade física e redução de produtos ricos em colesterol também se constituem em fatores de prevenção do risco que a hipertensão representa para as coronariopatias (SANTELLO, KRALILSIC & MION Jr, 1996).

2.6.4 Obesidade

A prevenção da obesidade deve ser iniciada na infância, pois, segundo ISSA & FRANCISCO (1996), a constatação de que esse problema em idade pré adolescência é importante fator prognóstico para a prevenção na idade adulta do risco de coronariopatias.

A redução do peso corporal na infância e na adolescência, reduz concomitantemente o excesso de gordura, seja ela obtida por meio de dieta ou de exercício, normalizando os níveis de colesterol e de triglicerídios, exercendo ainda, efeito benéfico sobre a pressão arterial e do diabetes na vida adulta.

A obesidade por não ser um fator de risco coronariano primário, porém não pode ser negado seu papel como fator secundário e que contribui na doença cardíaca e em outras doenças. A mudança nos hábitos alimentares é fator não só da prevenção primária como também da prevenção secundária.

2.6.5 Tabagismo

O tabagismo acentua a influência de outros fatores de risco para as coronariopatias. A interrupção do tabagismo reduz a morbi-mortalidade na prevenção primária. Ao contrário, sua manutenção leva a maior morbidade e mortalidade por coronariopatias. Na prevenção secundária, a interrupção desse hábito dá maior sobrevida a pós-infartados. MALBERGIER, (2000,p.47-51).

Existem vários tipos de intervenção sobre o tabagismo, como por exemplo, preparações farmacológicas, acupuntura, hipnose, mudanças comportamentais, etc. Mas mais importante é a conscientização do indivíduo sobre os riscos do cigarro. Daí a importância da abordagem individual para a prevenção primária ou

secundária das doenças que o tabagismo acarreta, notadamente das coronariopatias.

2.6.6 Estresse no trabalho

A prevenção deste tipo de estresse que segundo REIS ET AL (2000) “*é originado pelas mudanças intensas no ambiente de trabalho*”, torna-se uma das maneiras de se conseguir melhorar a qualidade de vida do funcionário. Esse tema tem sido observado atualmente por algumas empresas, que empreendem ações para combatê-lo, entendendo que produção deve, necessariamente, estar ligada à qualidade da vida humana. É possível também, prevenir a fadiga física que traz como consequência, a fadiga psíquica, segundo Dejuors (1994) costuma-se separar a carga física e a carga mental do trabalho e essa última, sofre mais uma divisão que se chamou “carga psíquica do trabalho” que ficaria com os elementos afetivos e relacionais.

Segundo SILVA (1996), a liberdade de expressão, a vivência plena sem medo do amor e do prazer, o estado de espírito aberto para a vida, são receitas contra o estresse.

2.6.7 Sedentarismo

Para prevenir o sedentarismo é preciso disposição e conscientização de que a atividade física é benéfica, principalmente para obter-se qualidade de vida.

Segundo FORTES (2001), o benefício de praticar regularmente uma atividade física não é segredo, pois estudos mostram que estar em boa forma física aumenta a expectativa de vida.

"Além de o sedentarismo ser considerado um fator de risco para uma morte precoce, uma boa forma física também diminui as chances de desenvolver uma doença crônica ou de se tornar incapaz ou dependente de outras pessoas com o avançar da idade".

Pessoas que se exercitam regularmente podem reduzir os riscos de desenvolver uma doença coronariana, afirma FORTES (2001), fazendo diminuir o risco de desenvolver diabetes do tipo II e a obesidade, ambas fortes concorrentes ao desenvolvimento de coronariopatias.

3 PESQUISA

3.1 Levantamento e análise dos dados

Os dados aqui levantados referem-se aos 110 funcionários do grupo de risco e representam a alteração percentual entre a primeira e a última avaliação realizada.

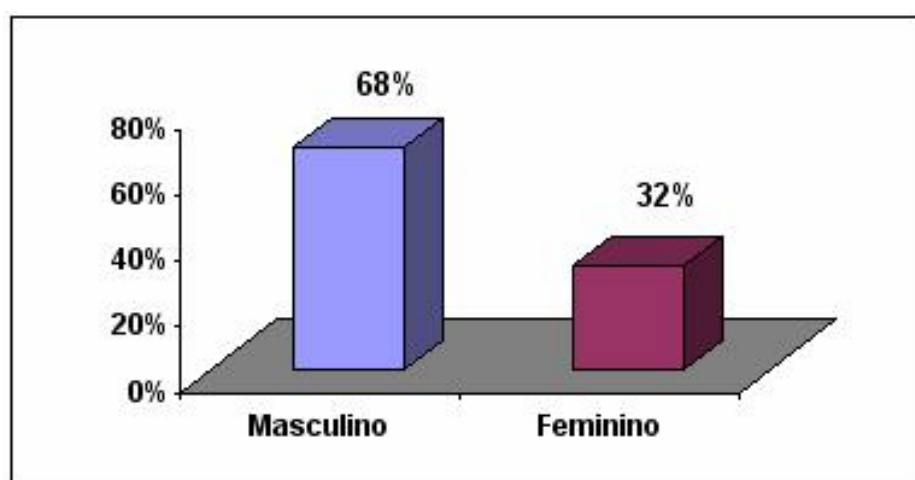


Figura 1 – Composição da população avaliada por sexo

Como pode ser verificado, a maioria dos funcionários que compõe o grupo de risco de desenvolver coronariopatias é composta por homens. A participação masculina foi maior porque o número de funcionários do sexo masculino nessa empresa é também maior.

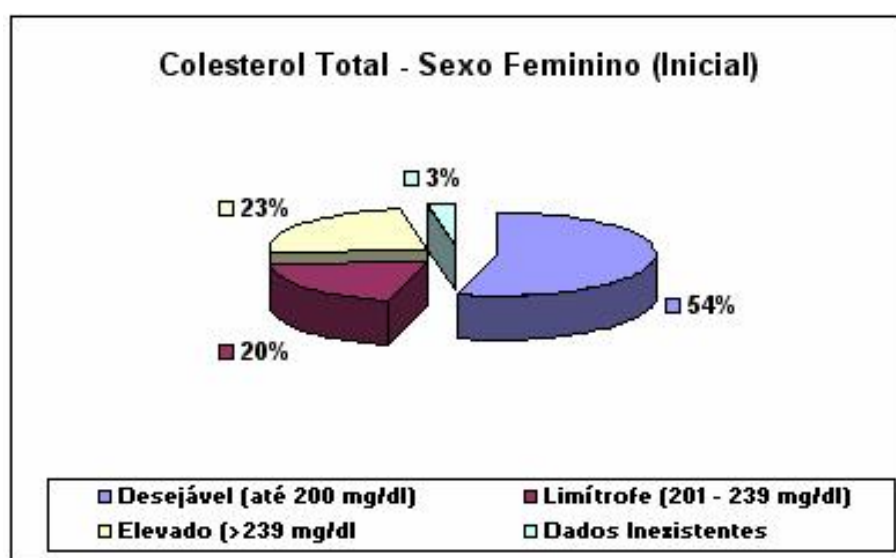


Figura 2 – Demonstrativo Inicial do Colesterol Total nas mulheres avaliadas

Como visto na Revisão da Literatura, o colesterol total destaca-se, nos dias atuais, como um dos fatores que conduzem o indivíduo a desenvolver cardiopatias. No universo de mulheres avaliadas no início da pesquisa, existia um grupo com alta taxa desse colesterol (23%), e outro grupo com taxas limítrofes (20%).

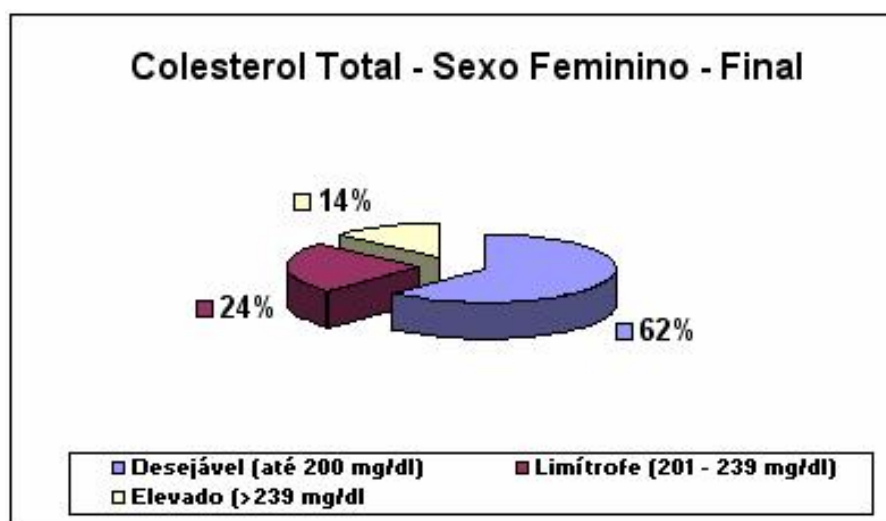


Figura 3 - Demonstrativo Final do Colesterol Total nas mulheres avaliadas

Pode-se observar que em nível desejável do colesterol total nas mulheres avaliadas aumentou de 54% para 62%; o nível de colesterol elevado diminuiu de

23% para 14%; e as mulheres que se encontram na linha limítrofe aumentaram de 20% para 35%.

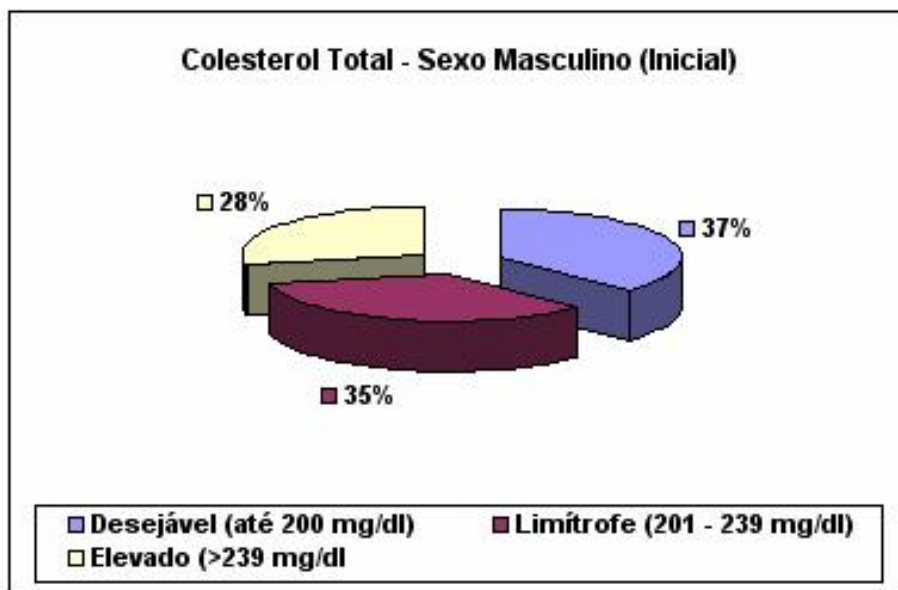


Figura 4 - Demonstrativo Inicial do Colesterol Total nos homens avaliados

Na população masculina deste estudo, os que se encontravam fora do risco de desenvolvimento eram de 37%, menor que a porcentagem de mulheres; 35% desses homens encontravam-se, inicialmente nos níveis limítrofes, também maior que o grupo de mulheres; os que tinham colesterol total elevado perfaziam 28% e, ainda nesse nível, maior que o grupo de mulheres.

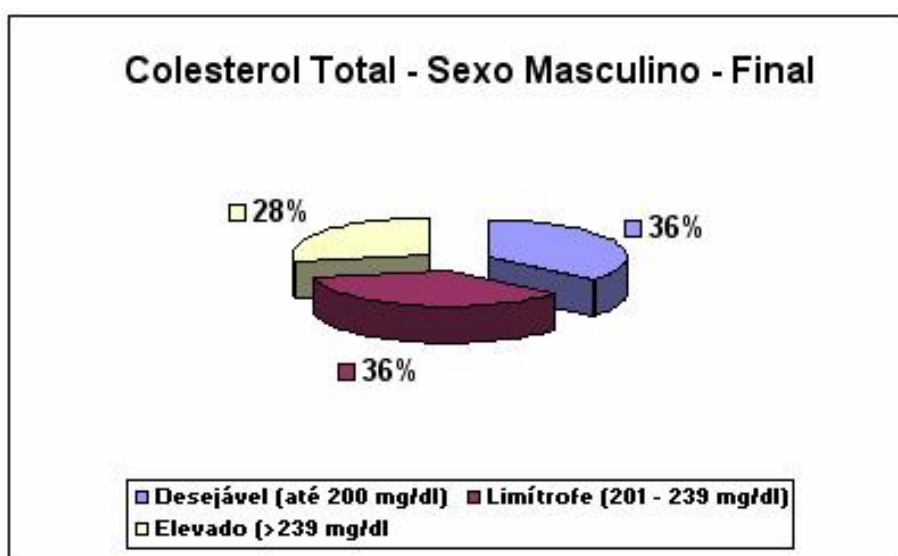


Figura 5 - Demonstrativo Final do Colesterol Total nos homens avaliados

Observa-se que na população masculina, os resultados apontam não haver diferença entre a primeira e a segunda fase da pesquisa, nos níveis elevados de colesterol e que os níveis limítrofe e desejável sofreram diferença mínima.

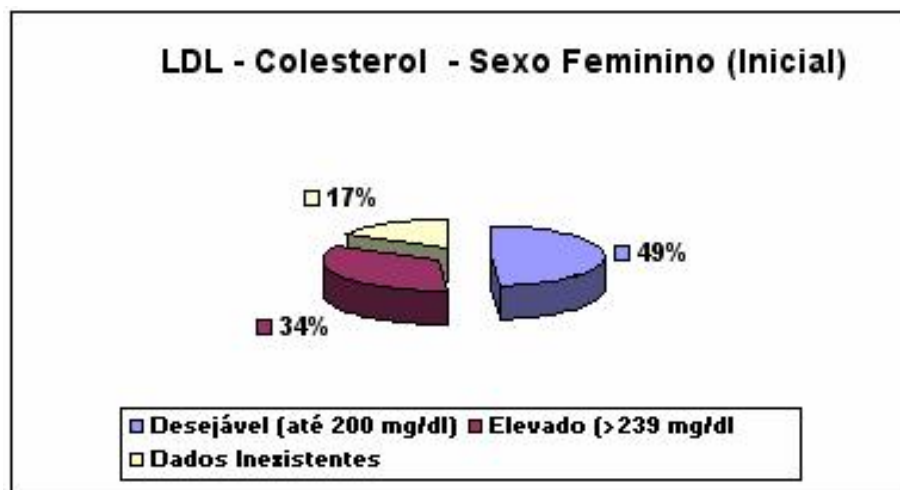


Figura 6 – Demonstrativo do LDL inicial nas mulheres avaliadas

No grupo analisado, verifica-se que o LDL encontrava-se elevado em 34% das mulheres.

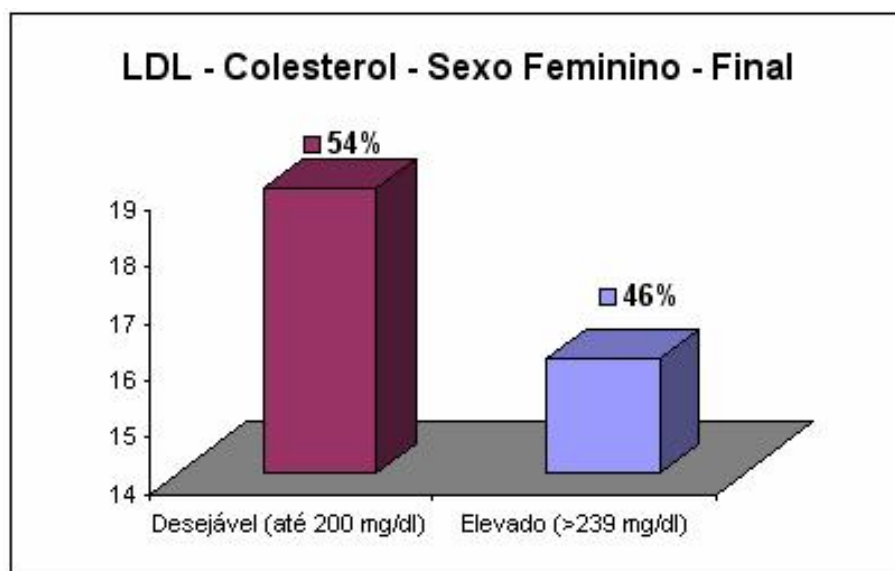


Figura 7 – Demonstrativo do LDL final nas mulheres avaliadas

Os resultados desta análise mostram que o LDL sofreu aumento nos níveis entre a primeira e a última fase da pesquisa (17% na primeira fase para 46%),

embora a porcentagem de mulheres com níveis desejados tenha aumentado (49% para 54%).

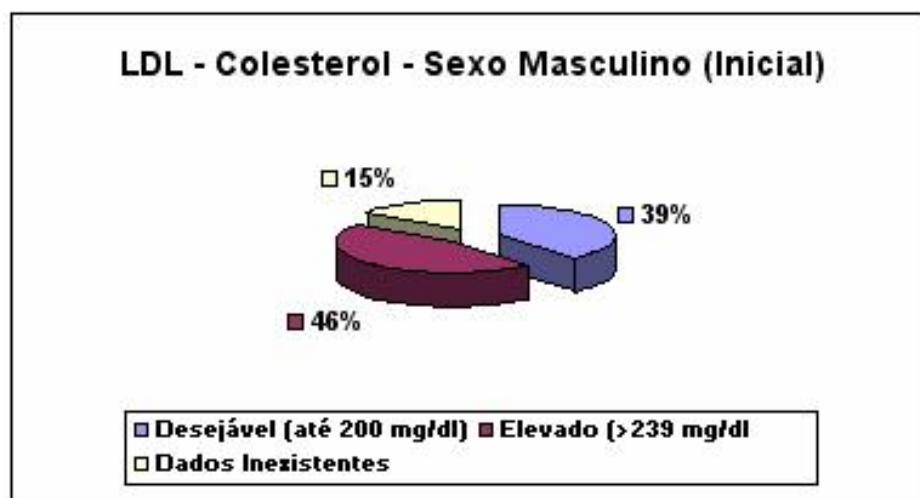


Figura 8 – Demonstrativo do LDL inicial nos homens avaliados

Na população masculina estudada, que, conforme dito anteriormente tem maior risco de desenvolvimento de coronariopatias, os índices desejáveis foram menores que na feminina (39% para 49%); em compensação, os níveis elevados foram menores na pesquisa inicial (17% para 15%).

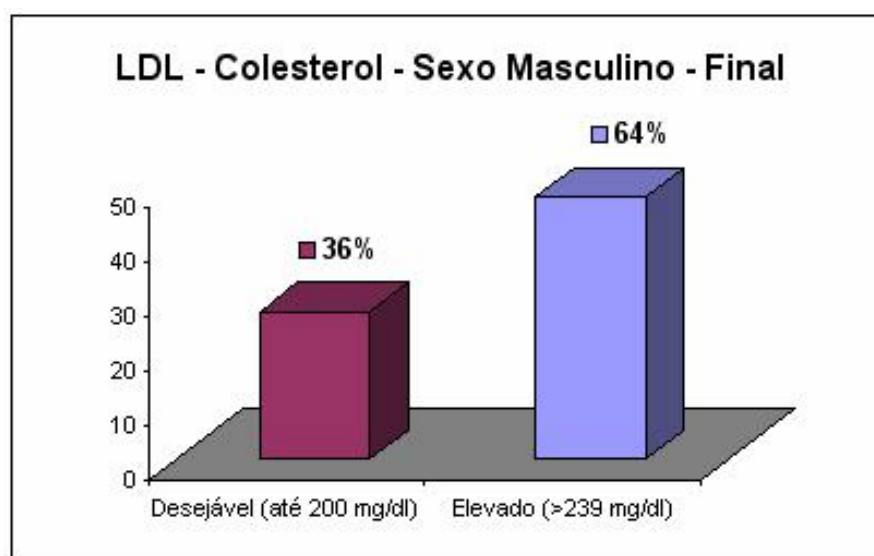


Figura 9 - Demonstrativo do LDL final nos homens avaliadas

Dado ao número de mortes provocadas por coronariopatias, como demonstrado na Revisão da Literatura, estes resultados foram preocupantes, pois ao invés de sofrer decréscimo, a porcentagem dos homens avaliados com LDL – colesterol, aumentou de 46% para 64% e o desejável, que deveria ter sofrido aumento, diminuiu de 49% para 36%.

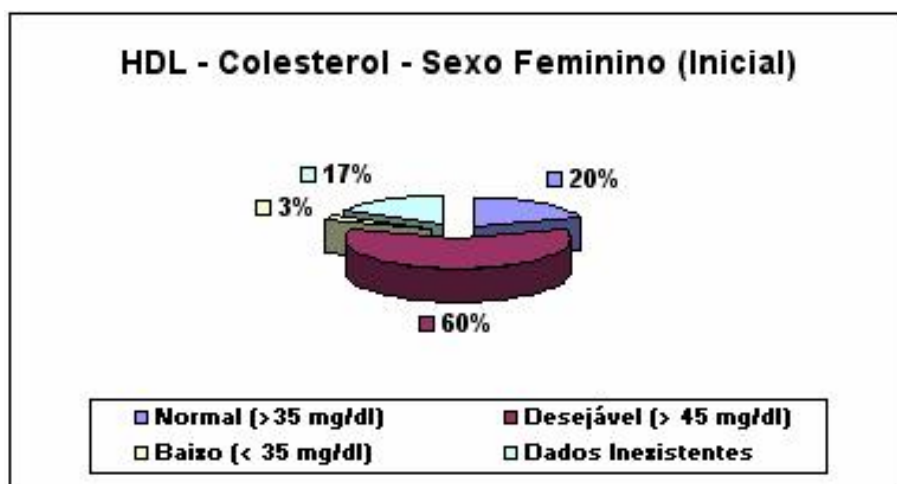


Figura 10 - Demonstrativo do HDL inicial nas mulheres avaliadas

Inicialmente, a pesquisa apontou mais para a normalidade que para o risco de desenvolvimento de coronariopatias nas mulheres estudadas, pois nenhum apresentou HDL – colesterol alto. A pesquisa final apontou o seguinte.

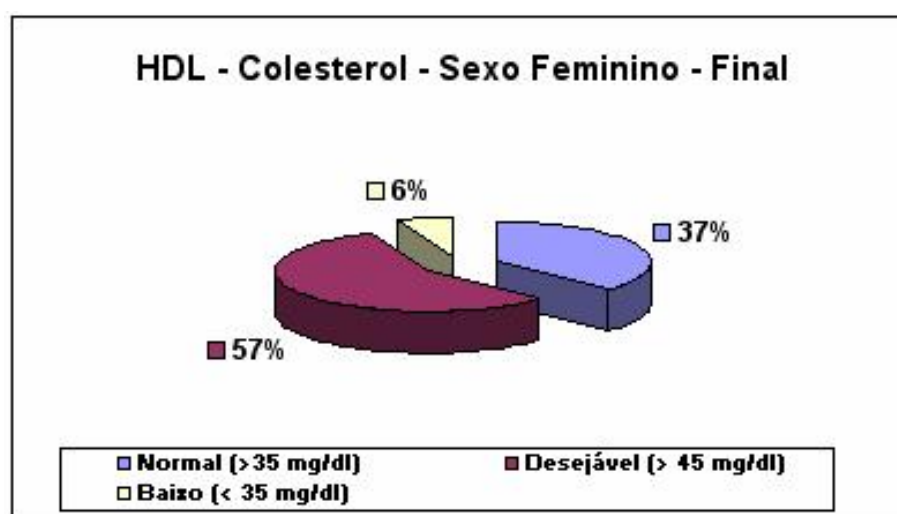


Figura 11 – Demonstrativo do HDL final nas mulheres estudadas

Estes resultados apontam que a prevalência do fator de risco HDL- colesterol, para o desenvolvimento de coronariopatias nas mulheres estudadas melhorou, uma vez que passou de 20% para 37% a porcentagem do índice de normalidade.

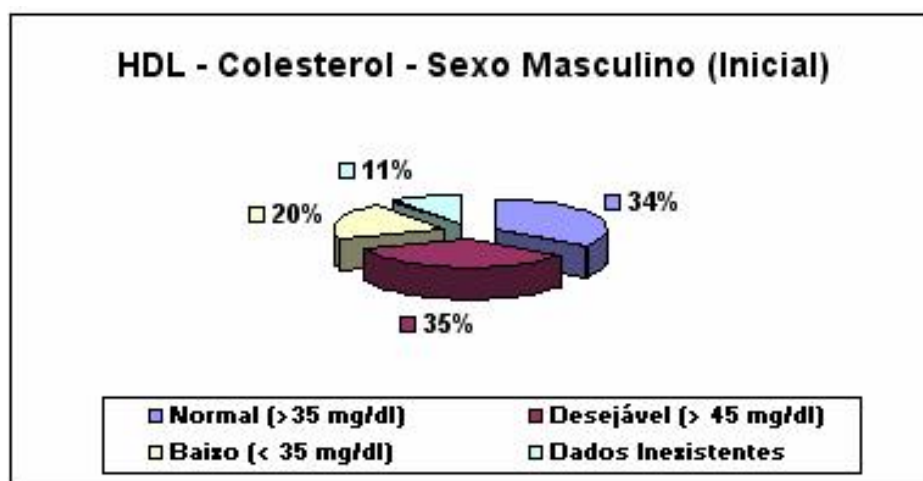


Figura 12 – Demonstrativo do HDL inicial nos homens estudados

No primeiro período de tempo deste estudo, os índices do HDL – colesterol apresentado nos homens teve normalidade maior que o grupo de mulheres (34% contra 20%).

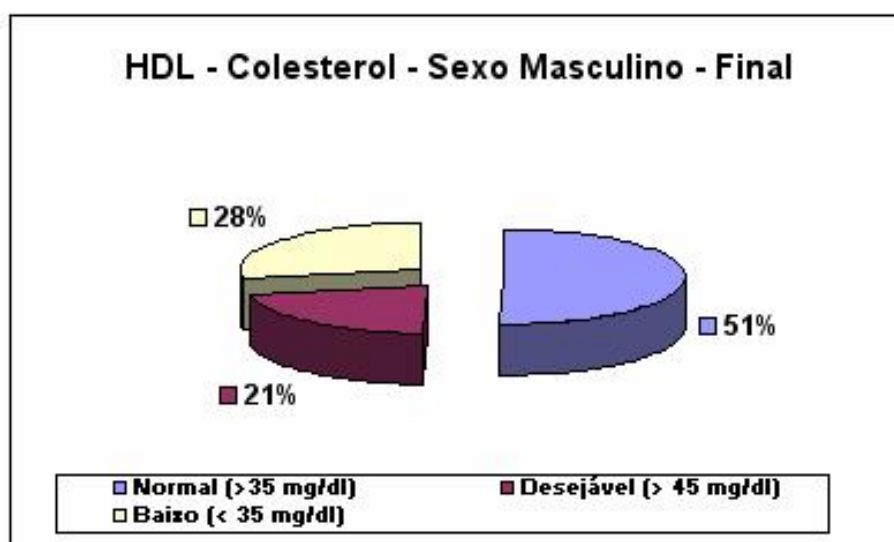


Figura 13 – Demonstrativo do HDL final nos homens estudados

Pode-se observar que antes, o grau de normalidade era de apenas 34% e que, após as medidas de prevenção tomadas a partir da orientação dos

profissionais envolvidos, esse nível aumentou para 51%, o que valida a orientação.

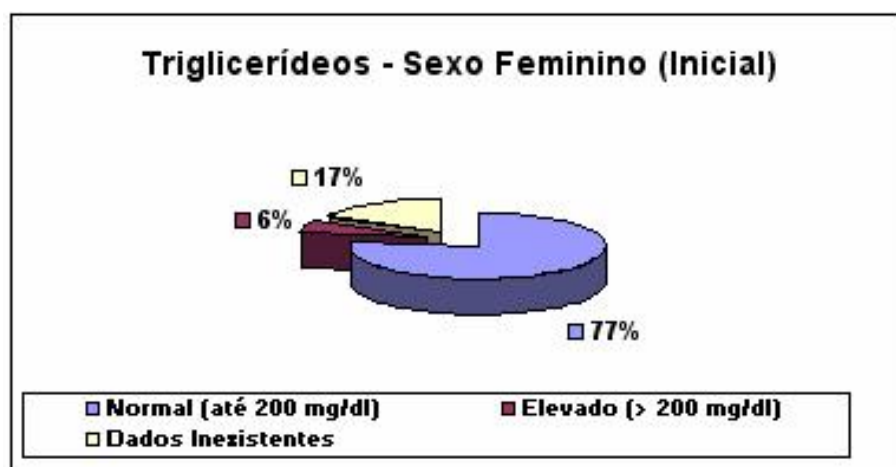


Figura 14 – Demonstrativo do Triglicerídio inicial nas mulheres estudadas

Junto com o Colesterol Total o Triglicerídios é determinado pelo maior acesso e disponibilidade em alimentos ricos em gorduras saturadas, causando coronariopatias. No grupo de mulheres estudadas, apenas 6% apresentaram taxas de Triglicerídios elevadas.

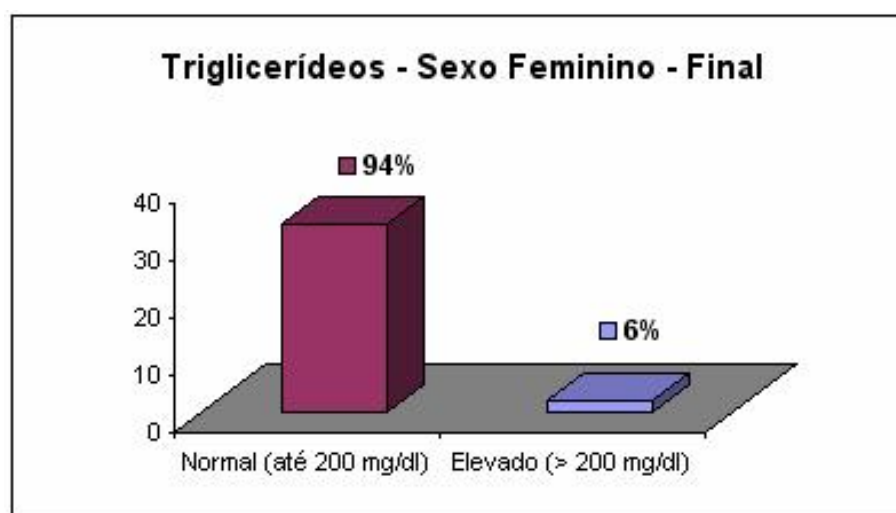


Figura 15 – Demonstrativo do Triglicerídio final nas mulheres estudadas

O estudo realizado no final do período, mostrou uma evolução, uma vez que aumentaram as taxas de normalidade (77% para 94%), embora tenha se mantido as taxas de Triglicerídios elevado em 6%.

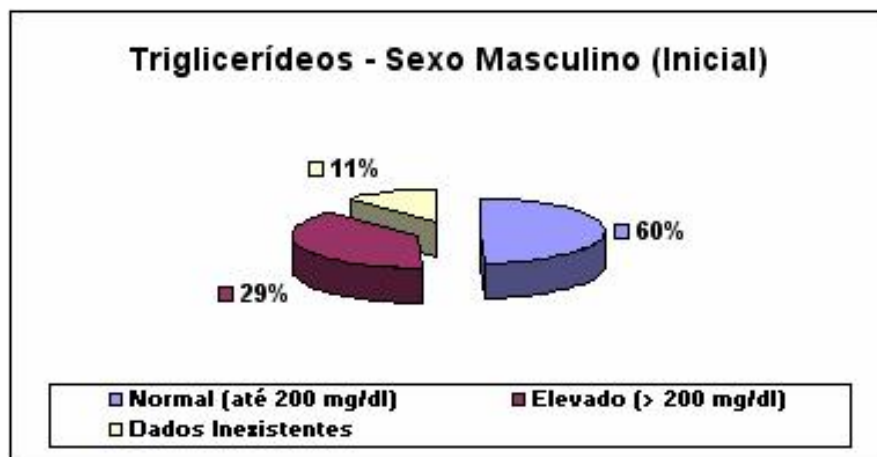


Figura 16 – Demonstrativo do Triglicerídio inicial nos homens estudados

Na população masculina estudada, as taxas iniciais apresentaram-se maior que nas mulheres (29% contra 6%), e as taxas de normalidade foram menores (77% contra 60%). Na segunda fase da pesquisa o quadro ficou da seguinte maneira.

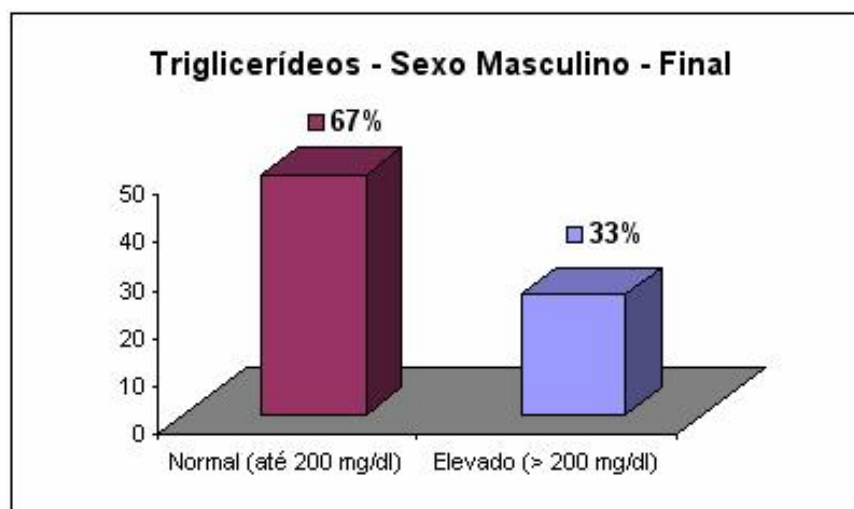


Figura 17 – Demonstrativo do Triglicerídio final nos homens estudados

No tratamento de coronariopatias uma das condutas é baixar as taxas de Triglicerídios, o que não aconteceu com a população masculina estudada. Na fase inicial da pesquisa, o índice elevado estava em 29%; na fase final em 33%; o índice de normalidade estava em 60% na fase inicial, tendo aumentado para 67%.

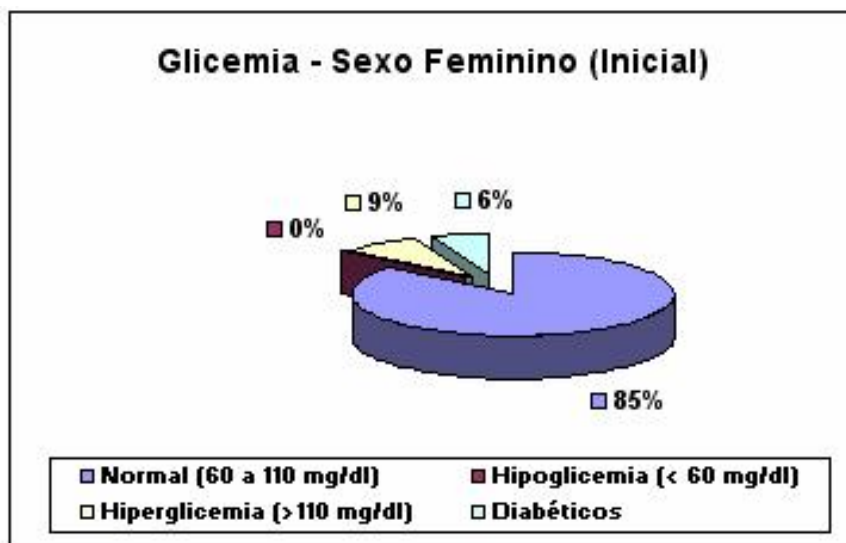


Figura 18 – Demonstrativo da Glicemia inicial nas mulheres estudadas

O Gráfico acima demonstra alguma alteração nos índices glicêmicos do universo feminino estudado: 9% delas tem hiperglicemia e 6% diabetes, contra 85% normal. A fase final do estudo reduziu essas taxas, como pode ser visto no gráfico abaixo.

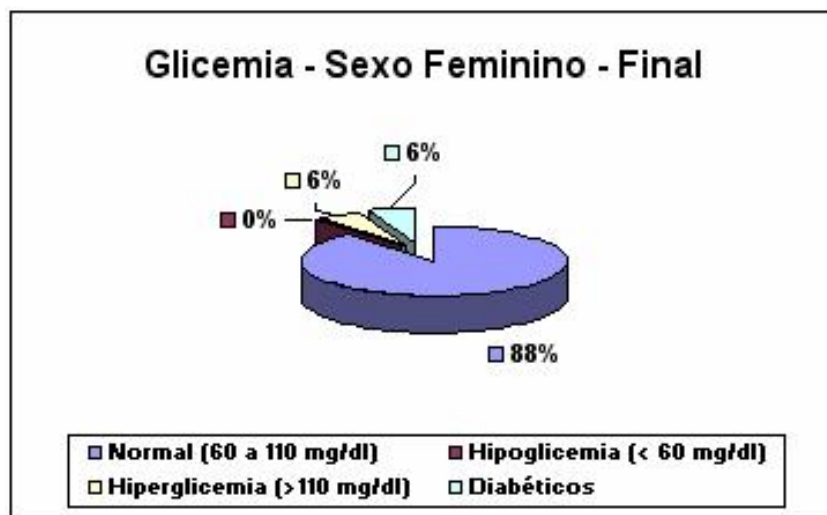


Figura 19 – Demonstrativo da Glicemia final nas mulheres estudadas

O estudo final demonstrou a diminuição das taxas de risco para as coronariopatias na população feminina em foco, ficando em 6% a hiperglicemia e o diabetes, tendo aumentado de 85% para 88% as taxas normais.

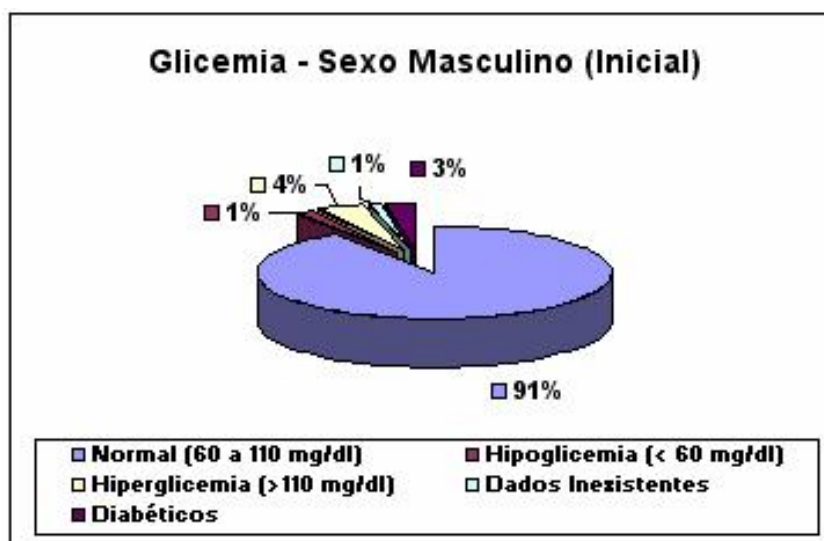


Figura 20 – Demonstrativo da Glicemia nos homens estudados

Nos homens estudados, as taxas iniciais de glicemia foram melhores que nas mulheres, uma vez que apenas 4% deles encontravam-se com hiperglicemia e 3% com diabetes.

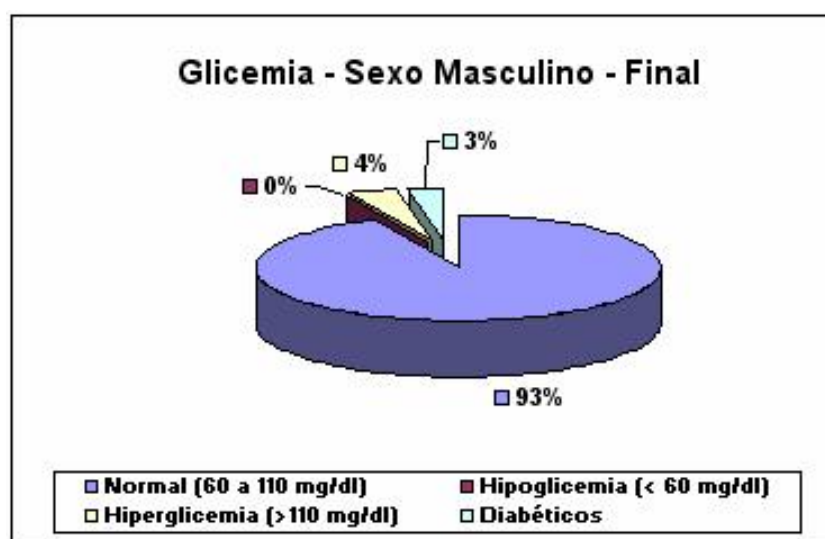


Figura 21 – Demonstrativo da Glicemia final nos homens estudados

A equipe não conseguiu muitos resultados entre a população masculina, pois se subiram de 91% para 93% os índices de normalidade, os de hiperglicemia e diabetes mantiveram-se iguais.

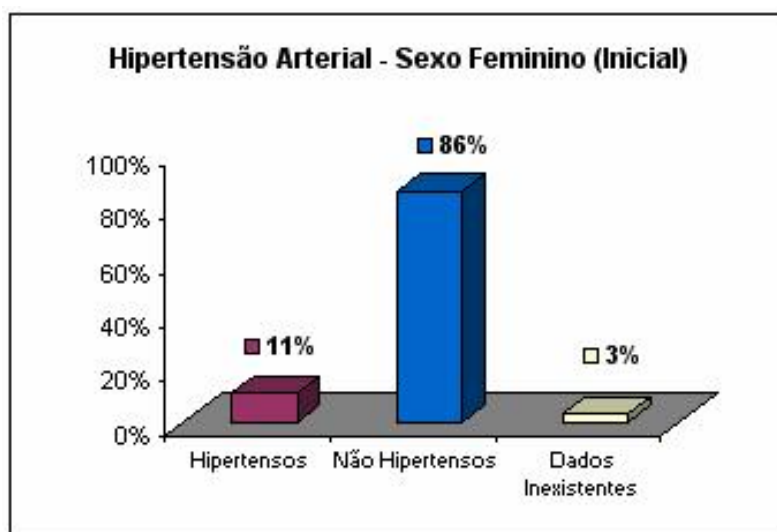


Figura 22 – Demonstrativo de Hipertensão Arterial inicial nas mulheres estudadas

Com o aumento da prevalência da doença coronária no sexo feminino, a taxa de 11% de hipertensas é alta.

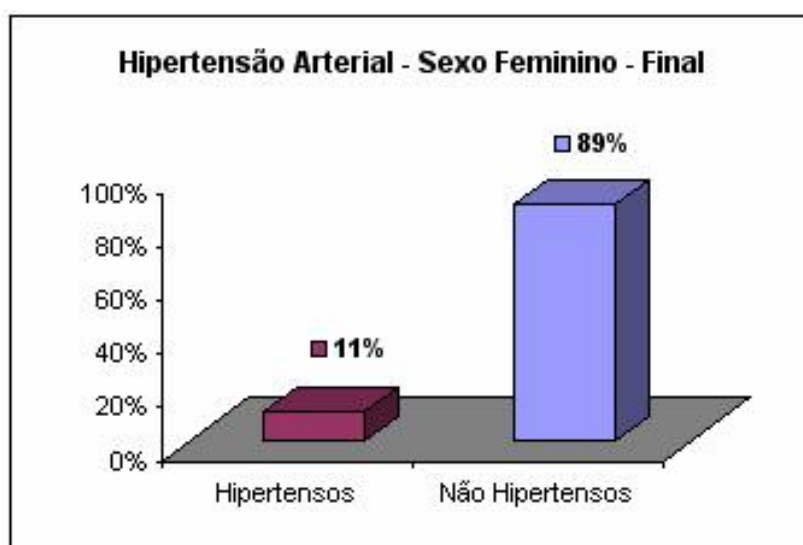


Figura 23 – Demonstrativo da Hipertensão Arterial final nas mulheres estudadas

Embora a taxa de normalidade tenha aumentado de 86% para 89%, a manutenção da taxa de 11% para hipertensas demonstra que essas mulheres precisam de tratamento mais efetivo.

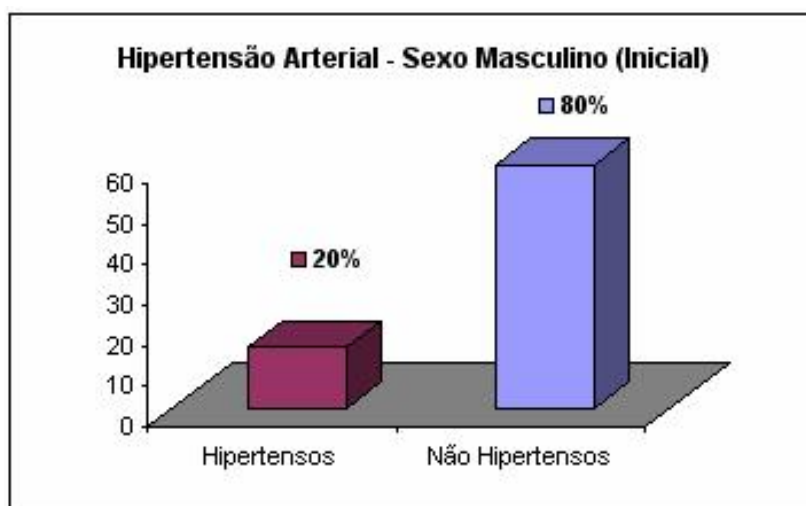


Figura 24 – Demonstrativo da Hipertensão Arterial nos homens estudados

No grupo de homens o quadro da hipertensão no estudo inicial foi mais grave: 20% contra 11% das mulheres, o que indica que a eles devem ser dispensados maiores cuidados. Entretanto, na segunda fase da pesquisa houve progresso, como indica o gráfico a seguir.

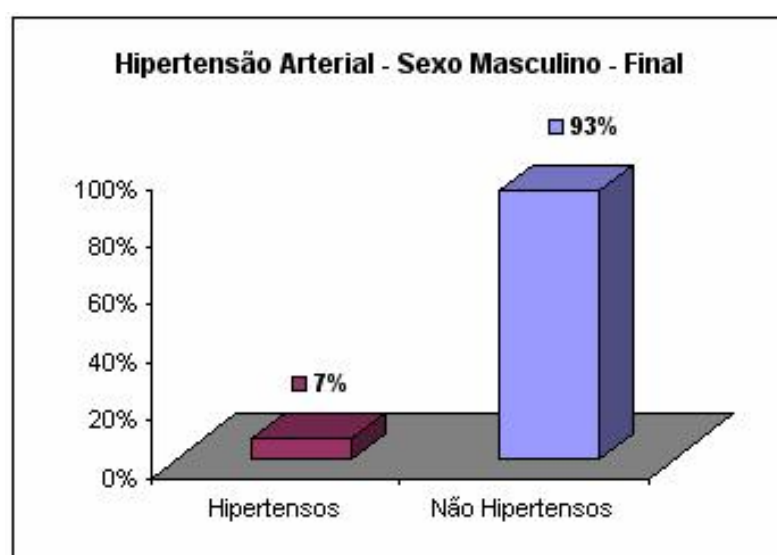


Figura 25 – Demonstrativo da Hipertensão Arterial final nos homens estudados

A conduta preventiva indicada demonstra ter surtido efeito, pois a taxa de hipertensos diminuiu de 20% para 7% na última fase da pesquisa.

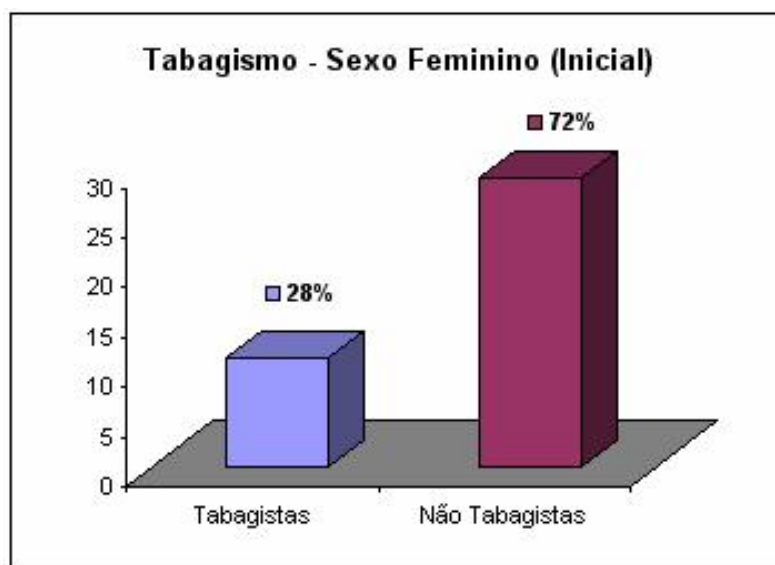


Figura 26 – Demonstrativo do Tabagismo inicial nas mulheres estudadas

O estudo inicial, indicou que 28% das mulheres estudadas pertence ao grupo de tabagista. A fase final teve o seguinte resultado.

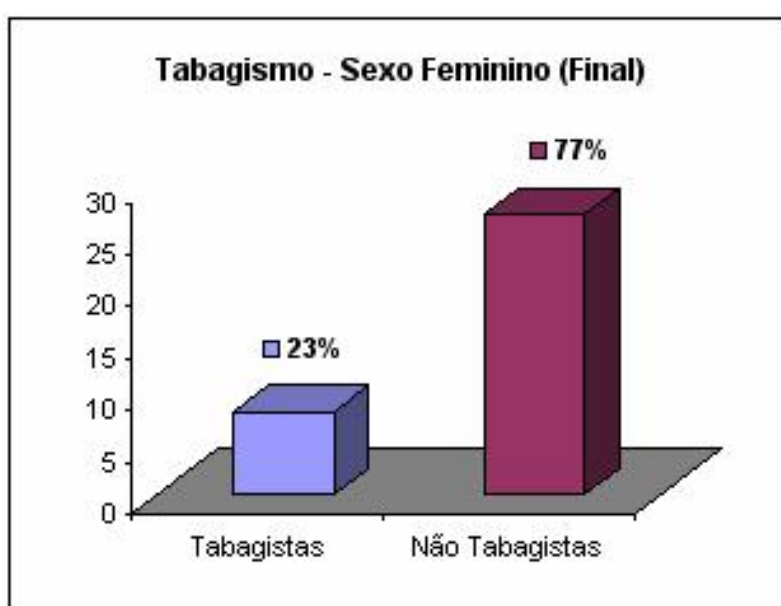


Figura 27 – Demonstrativo do Tabagismo final nas mulheres estudadas

O resultado aponta para uma diminuição da taxa de tabagista da primeira para a última fase da pesquisa: 28% para 23%. Entre os homens, o quadro também se alterou, como demonstram as figuras seguintes.

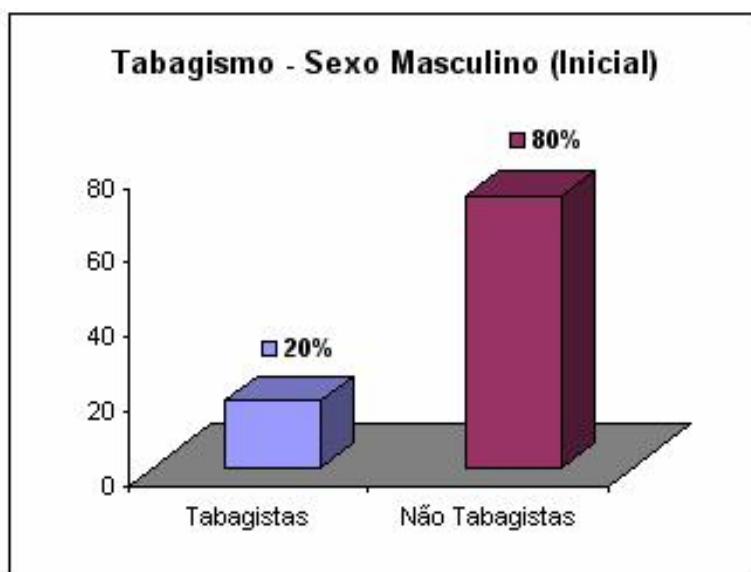


Figura 28 – Demonstrativo do Tabagismo inicial nos homens estudados

Essa análise demonstra que população masculina estudada é composta em sua maior parte por não tabagistas. Sendo que a proporção de fumantes corresponde a 20%, enquanto a de não fumantes, representa 80% do grupo estudado.

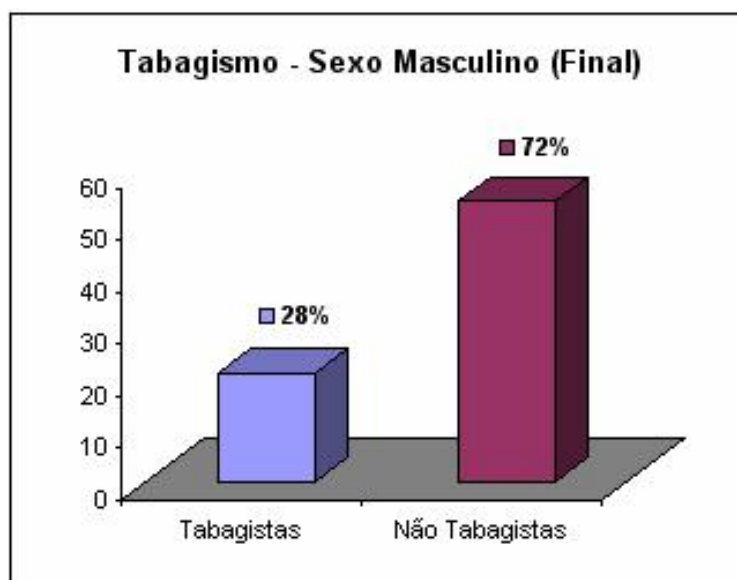


Figura 29 – Demonstrativo do Tabagismo final nos homens estudados

Este resultado mostra uma alteração da taxa de fumantes de 20% para 28%.

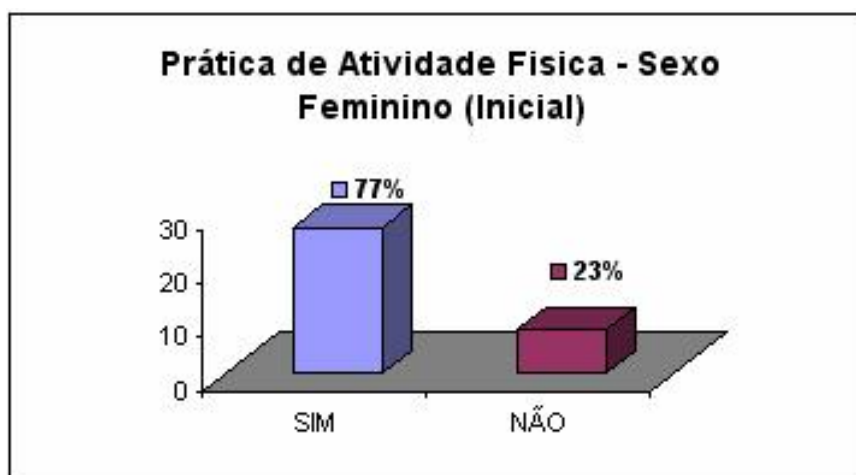


Figura 30 – Demonstrativo da Prática Atividade Física inicial das mulheres estudadas

Na fase inicial, 77% do grupo de mulheres estudadas, praticavam atividade física, contra apenas 23% que não praticava. Entretanto, a alteração havida na última fase da pesquisa não foi para melhor, como demonstra a figura seguinte.

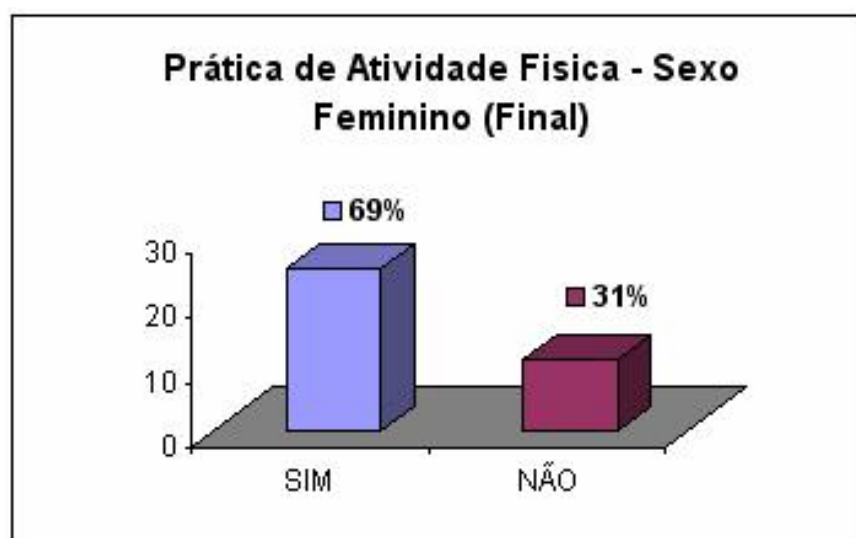


Figura 31 – Demonstrativo da Prática de Atividade Física final nas mulheres estudadas

Nessa fase da pesquisa, a taxa de mulheres que não praticam atividades físicas aumentou de 23% para 31%, diminuindo, conseqüentemente as que praticam (69% para 77%). Entre os homens, esses números não variaram muito como pode ser visto nos gráficos seguintes.

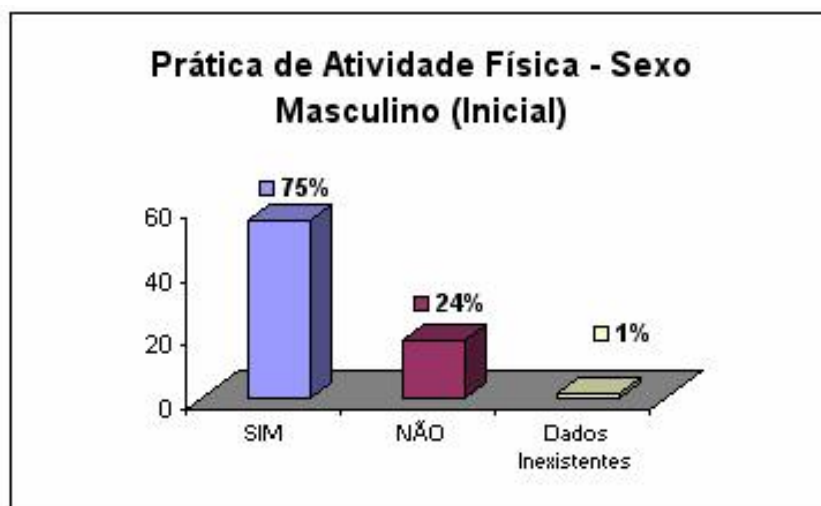


Figura 32 – Demonstrativo da Prática de Atividades Físicas inicial nos homens estudados

Este estudo inicial demonstra que a taxa de homens que praticavam atividades físicas é semelhante à das mulheres (75% neste e 77% naquelas). O trabalho final ficou da seguinte maneira.

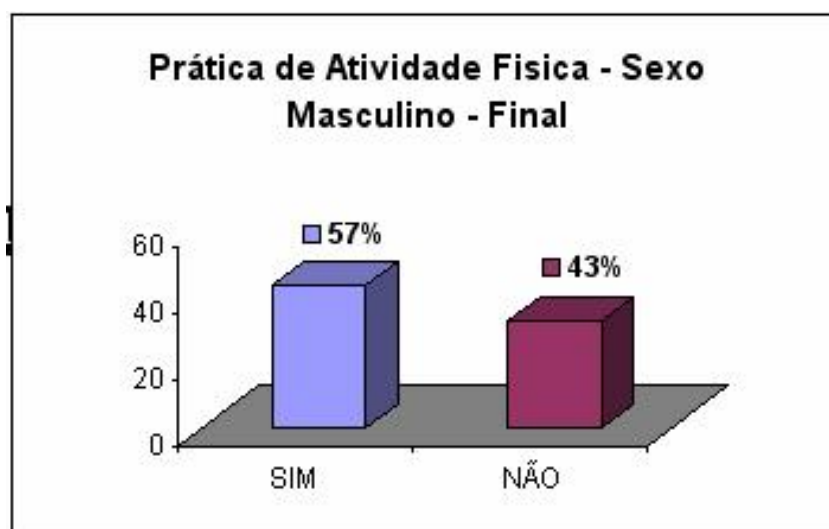


Figura 33 – Demonstrativo da Prática de Atividades Físicas final nos homens estudados

Mostra que houve um aumento de 14% dos números de indivíduos que passaram a realizar atividades físicas. Como afirmam SOUZA, RADOMINSKI & RODRIGUES-AÑES (2000), a evolução tecnológica de hoje facilita a prática de

atividade física, disponibilizando equipamentos portáteis, de baixo custo, alta precisão e facilidade de manuseio.

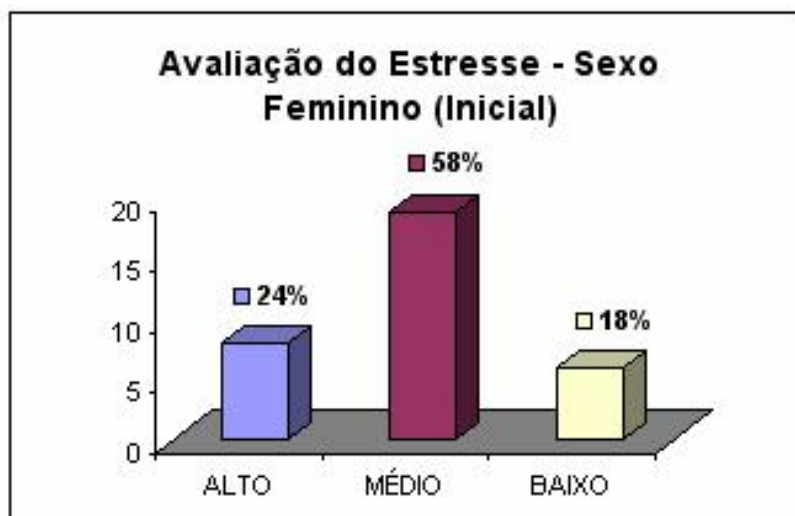


Figura 34 – Demonstrativo do Estresse inicial nas mulheres estudadas

O modelo que se tem adotado para a vida tem trazido o estresse para as pessoas, prejudicando a qualidade de vida e fazendo desenvolver doenças como as coronariopatias. Na população de mulheres estudada, esse fato pode ser comprovado, uma vez que 24% delas tem um nível elevado de estresse e 58% um nível médio, contra apenas 18% que não apresentam esse problema.

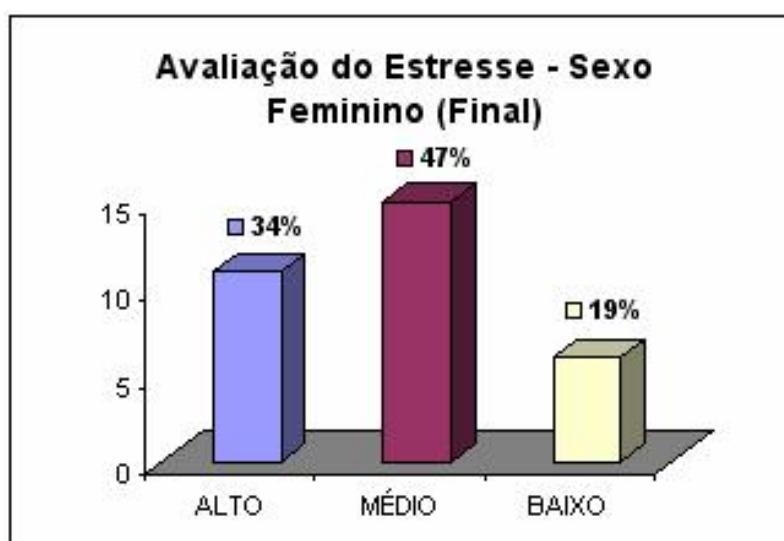


Figura 35 – Demonstrativo do Estresse final nas mulheres estudadas

Os 24% que se encontravam com nível alto de estresse transformaram-se em 34%, demonstrando um acréscimo de 10%; em compensação, o nível médio de estresse nessa população sofreu queda de 11% (58% contra 47%), tendo aumentado em 1% as mulheres que não apresentam estresse (19% contra 18%). Nos homens, os quadro de estresse apresentou-se da seguinte maneira.

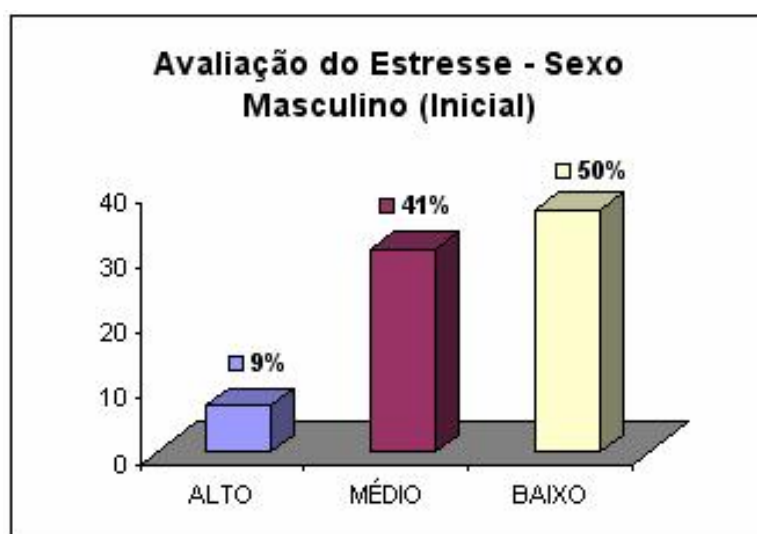


Figura 36 – Demonstrativo do Estresse inicial nos homens estudados

A equipe multiprofissional que avaliou o nível de estresse inicial na população masculina em estudo, concluiu que 9% dos homens possuíam alto nível de estresses e 41% um nível médio. Em compensação, 50% deles não apresentavam esse problema. Na avaliação final, os resultados foram os seguintes.

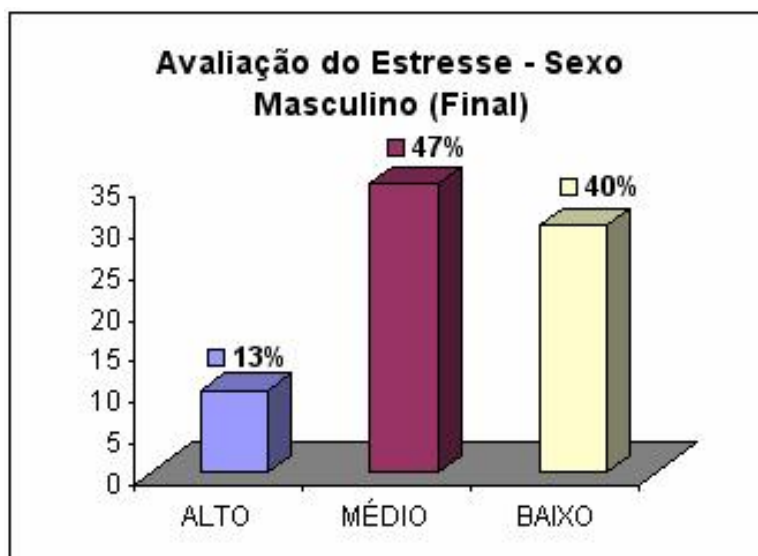


Figura 37 – Demonstrativo do Estresse final nos homens estudados

A avaliação final, apresentou acréscimos: 9% de nível alto de estresse para 13% na final; 41% de nível médio para 47% na final. Os que não apresentam estresse diminuíram de 50% para 47%. Portanto, é importante que o trabalho de prevenção tenha continuidade.

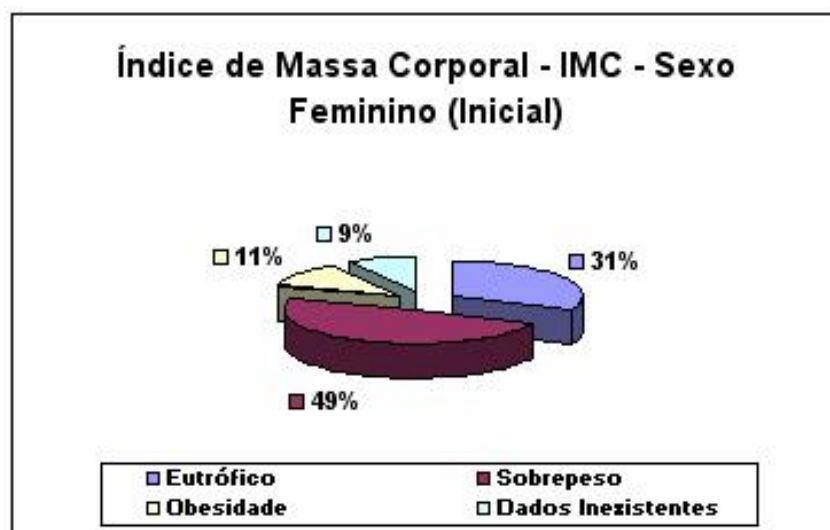


Figura 38 – Demonstrativo da Massa Corporal inicial nas mulheres estudadas

A massa corporal elevada não se constitui apenas como uma simples barreira à saúde, mas como um sério componente do risco de coronariopatias. Esse

componente afeta 11% das mulheres estudadas e 49% encontram-se na faixa de risco da obesidade, contra 31% de mulheres bem distribuídas em sua massa corporal. A avaliação final, trouxe os seguintes resultados.

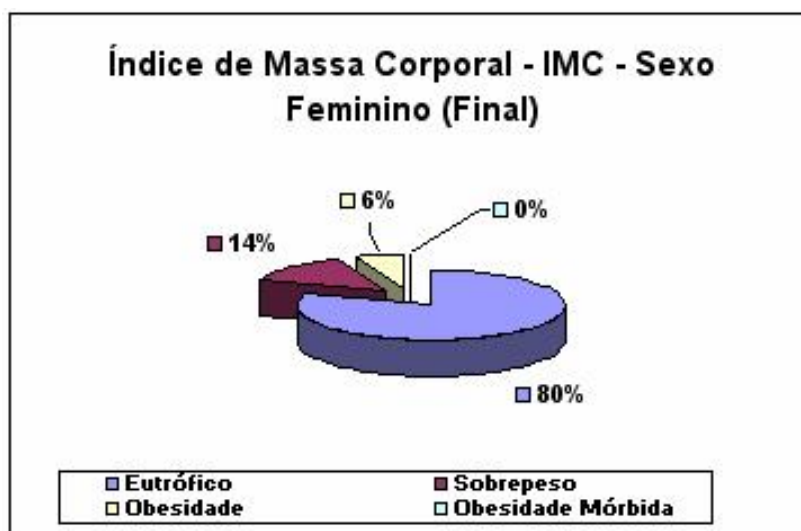


Figura 39 – Demonstrativo do Massa Corporal final das mulheres estudadas

Conforme demonstrativo, verifica-se que, dos 11% de mulheres inicialmente obesas, apenas 6% mantiveram essa condição na avaliação final. Dos 49% que estavam na faixa de risco de obesidade na avaliação inicial, 14% mantiveram a condição na avaliação final. Esta alteração conduziu os 49% que se encontravam no peso ideal aos atuais 80%. Entre os homens, os índices eram os seguintes.

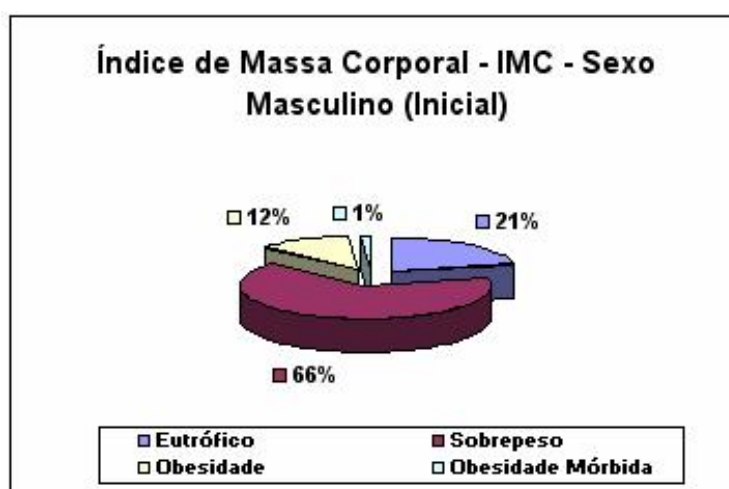


Figura 40 – Demonstrativo da Massa Corporal inicial nos homens estudados

Os homens obesos perfaziam um total de 12%, e os que se encontravam com o peso acima da média, perfaziam 66%.

O resultado final assim apresentou-se.

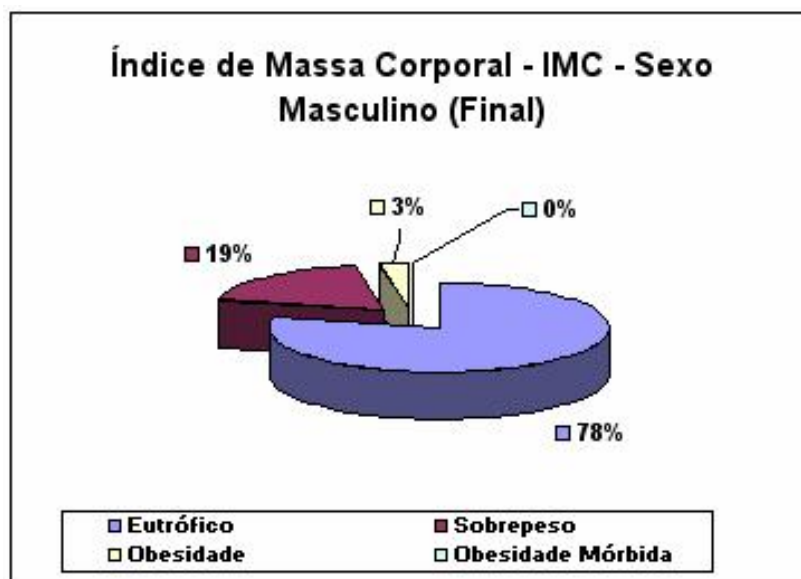


Figura41 – Demonstrativo da Massa Corporal final nos homens estudados

Ocorreu uma alteração de 12% para 3% dos homens obesos, e de 66% para 19% os que se encontravam em risco de obesidade. Esta alteração elevou a porcentagem de 66% dos que se encontravam com peso regular na primeira fase do trabalho, para 78% na fase final.

3.2 Análise dos resultados das auto avaliações

O número de indivíduos que deixaram o programa a cada reavaliação, e a quantidade de funcionários que permaneceu no grupo de risco ao final do trabalho, foi a seguinte:

Primeira reavaliação: 110 funcionários compunham o grupo de risco.

Segunda reavaliação: 17 funcionários melhoraram sua condição e foram conduzidos para a sexta etapa do trabalho.

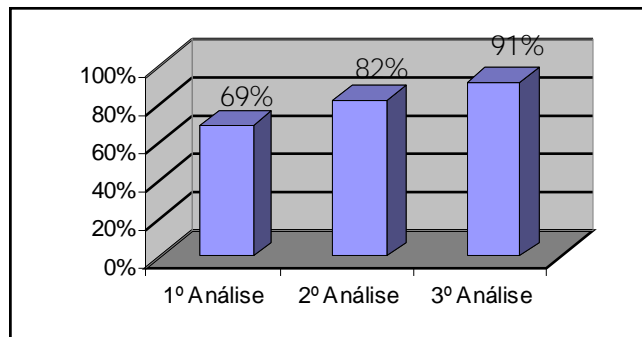
Terceira e última reavaliação: 82 funcionários melhoraram sua condição e se juntaram aos 17 que haviam melhorado na segunda reavaliação, na sexta etapa do trabalho.

Ao final do programa, 11 funcionários ainda perfaziam o citado grupo de risco.

Com este resultado, observa-se que os funcionários se auto avaliaram mais positivamente, em relação a sua condição de trabalho, quando estiveram em melhores condições de saúde.

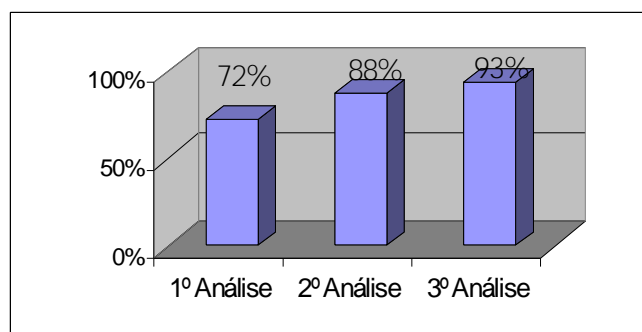
1-Sinto-me alegre no trabalho...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
69%	82%	91%



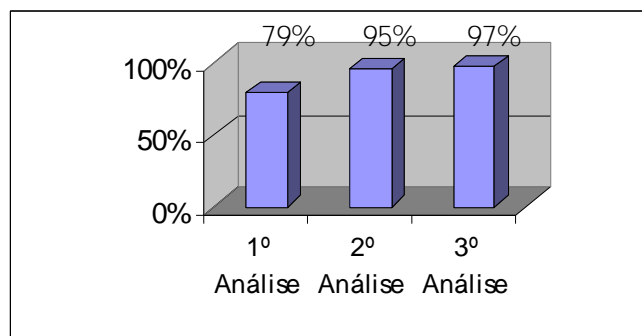
2- Sinto-me disposto para realizar meu trabalho...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
72%	88%	93%



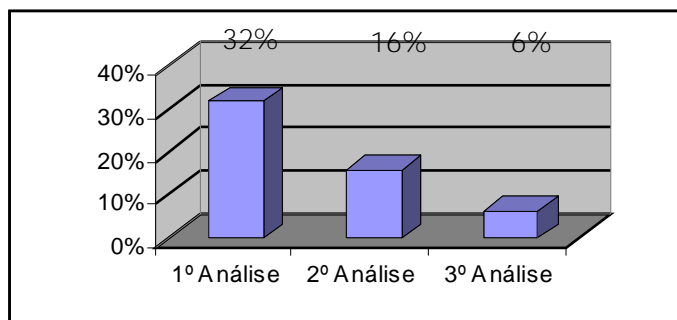
3- Consigo realizar todas as minhas tarefas nos prazos estabelecidos...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
79%	95%	97%



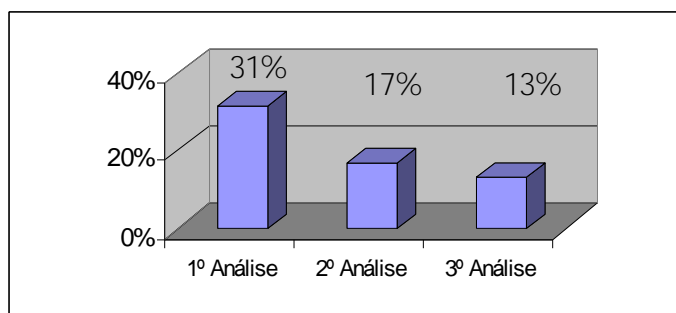
4-Tenho dificuldades para realizar meu trabalho...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
32%	16%	06%



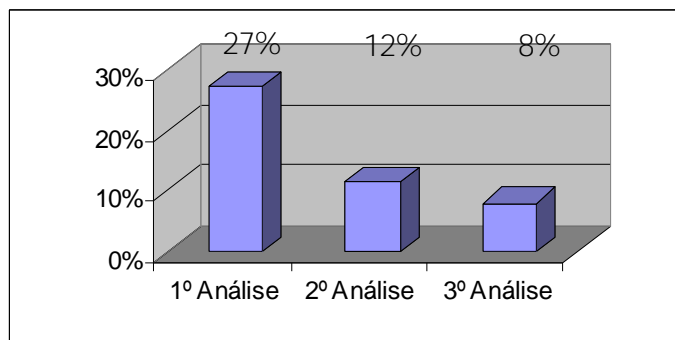
5- Tenho dores de cabeça...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
31%	17%	13%



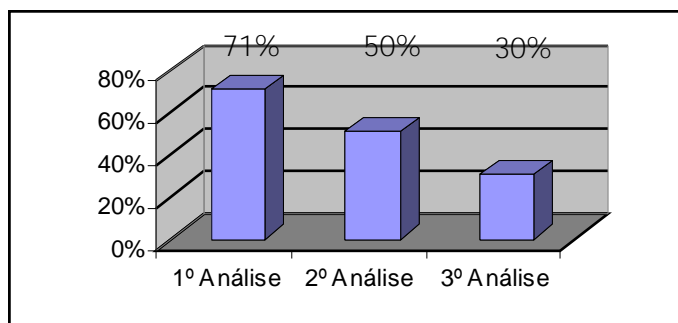
6- Tenho dores de estômago...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
27%	12%	08%



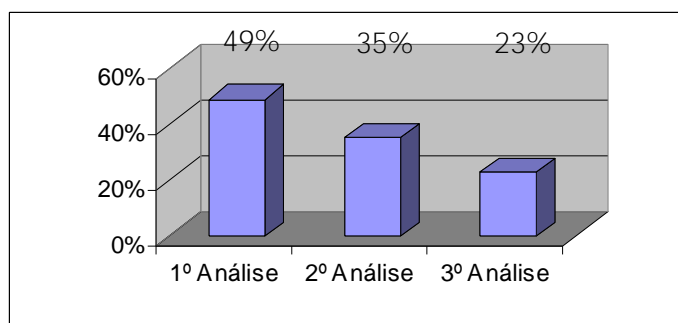
7- Sinto-me cansado...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
71%	50%	30%



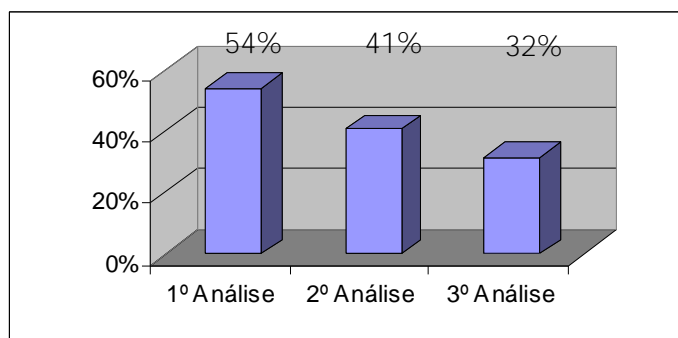
8- Sinto-me deprimido...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
49%	35%	23%



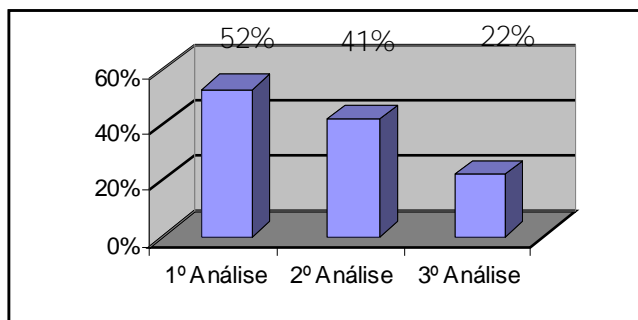
9- Sinto-me irritado...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
54%	41%	32%



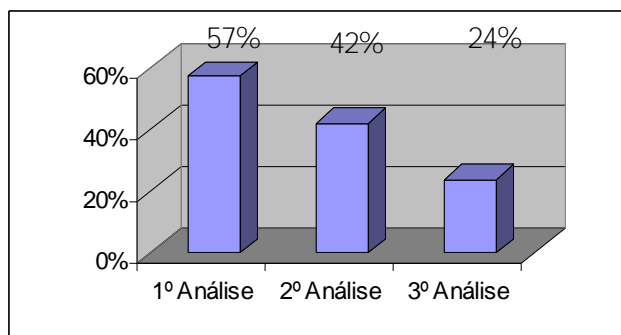
10- Sinto-me ansioso...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
52%	41%	22%



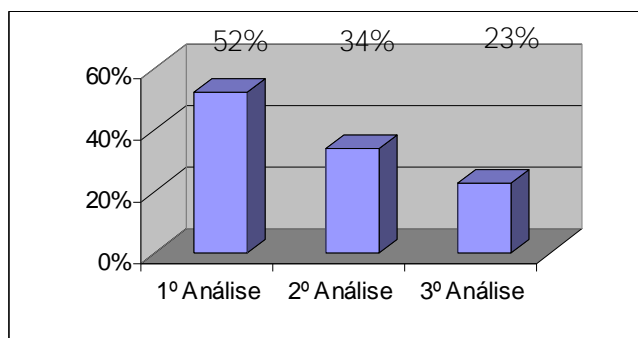
11- Sinto-me angustiado...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
57%	42%	24%



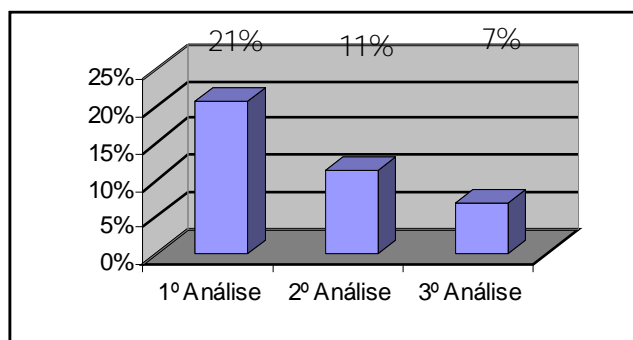
12- Tenho mudanças bruscas de humor...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
52%	34%	23%



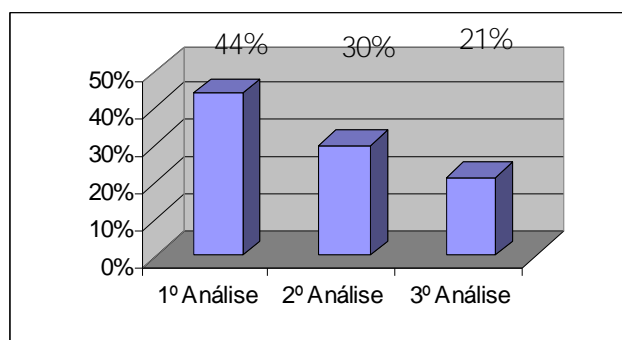
13- Tenho dificuldades no relacionamento com colegas...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
21%	11%	07%



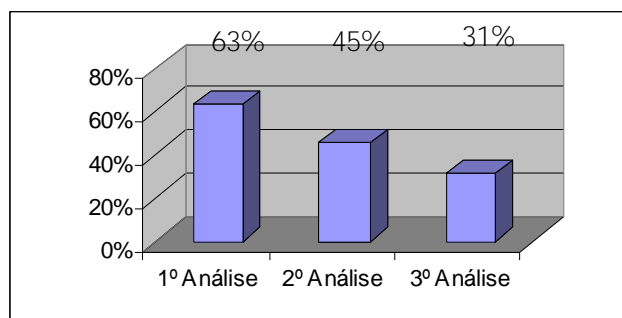
14- Tenho dificuldades no relacionamento com meus superiores...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
44%	30%	21%



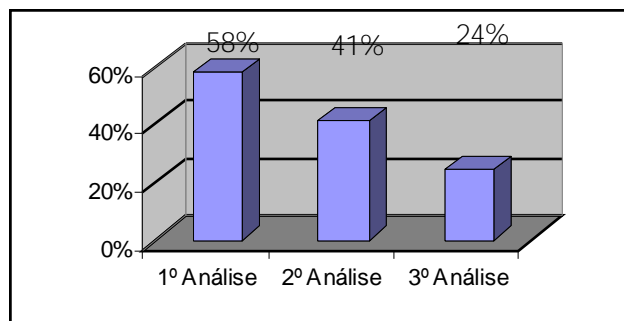
15- Tenho dificuldades de concentração...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
63%	45%	31%



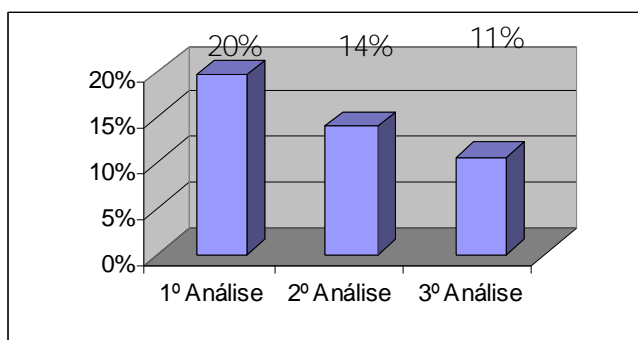
16- Tenho dificuldades de memorização...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
58%	41%	24%



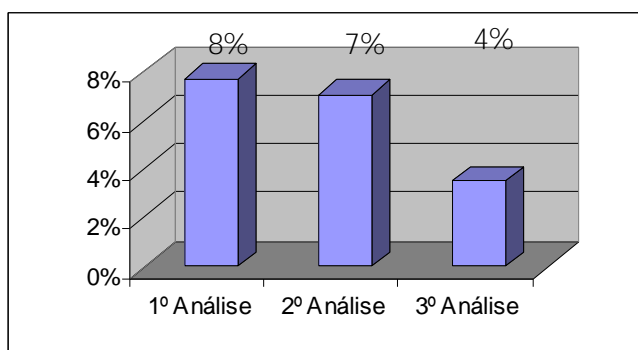
17- Procuro o departamento médico...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
20%	14%	11%



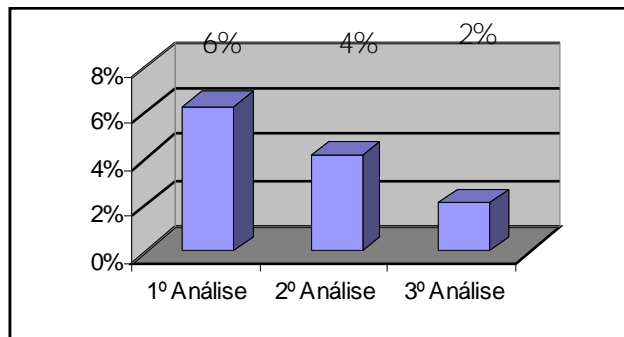
18- Tenho afastamentos médicos...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
08%	07%	04%



19- Tenho faltas...

1º	2º	3º
Análise	Análise	Análise
06%	04%	02%



3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com a análise das reavaliações das auto avaliações, observa-se que os sintomas a que esse funcionário apresenta, (dores, falta de ar, suores excessivos entre outros) devido a coronariopatia que ele porta, associados às angústias geradas por um ano difícil e de crise em seu setor, levam o indivíduo à uma insatisfação e a uma falta geral de ânimo, que acabam por dificultar as relações sociais no trabalho e fora dele.

Porém, o resultado acima apresentado, também evidência que as ações propostas e testadas no decorrer do trabalho, levaram a uma alteração para melhor, da condição do funcionário com relação a seus sintomas e suas repercussões em seu trabalho.

Ou seja, quando melhoraram sua condição de saúde, melhoraram também sua condição de trabalho, tornando claro que os sintomas das coronariopatias, influem no seu dia a dia, inclusive dentro da empresa.

4. CONCLUSÕES, TRABALHOS FUTUROS E CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA

A partir da problemática que moveu esta pesquisa, verifica-se que a saúde física dos trabalhadores do setor administrativo da empresa estatal pesquisada, estava sendo afetada pelos fatores patológicos (sintomas da patologia estudada) e pelos fatores relacionados ao dia a dia do processo produtivo desta empresa, e que esse fatores, levam a uma alteração negativa na condição individual de trabalho dos mesmos.

Fica claro que quando o indivíduo passa a experimentar essa experiência, a sua condição para realizar seu trabalho, já está muito comprometida, gerando por sua vez, novas ansiedades, e desconfortos que irão retro alimentar o problema inicial que ele apresentava, maximizando o seu sofrimento e suas preocupações. Os hábitos de vida pouco saudáveis e o não envolvimento dos trabalhadores em ações preventivas, podem levar ainda, o trabalhador a um agravamento desta situação.

Porém verificou-se também, que é possível modificar efetivamente as condições de saúde e as boas condições individuais para o trabalho, tornando-as melhores, por meio de ações simples, sejam elas preventivas, ou mesmo reativas. No caso desse trabalho esta ferramenta foi a orientação clínica.

Outra situação que esta pesquisa tornou clara, é a de que, embora mergulhados em suas dores e angústias, as doenças, principalmente as relacionadas com o coração, que se relacionam diretamente com a vida, podem funcionar como uma propulsão para uma nova busca pela melhora da qualidade

de vida em geral. Como se, paradoxalmente, a doença lhes dessem novas forças para reagir, já que lhe apresenta um novo e forte argumento para isto, podendo ser o início de uma tomada de consciência, efetivo acolhimento da orientação clínica e de um real envolvimento nessa busca, a que McCLELLAND (in SCHULTZ, 1975, P. 399) se referia com sendo “ a necessidade de realização.” Que secundariamente irá interferir com grande intensidade em seu trabalho.

Essas situações, estão mais e mais tornando-se corriqueiras em empresas estatais ou privadas de praticamente todos os segmentos. Portanto , torna-se cada vez mais claro, o fato de que as empresas devam estar focadas no ser humano que trabalha, buscando colaborar socialmente na formação e crescimento de seus funcionários, dispondo à eles condições de mudanças e de aprendizado, para que a consciência da prevenção, que é principalmente uma mobilização interior e individual, passe a fazer parte da cultura daquele grupo que ali trabalha e vive.

As recomendações para futuros trabalhos relacionados às questões que envolvem a saúde física e que afetam a condição laborativa dos trabalhadores deste segmento do setor produtivo, incluem medidas de ordem reativas, tais como identificação mais eficiente de problemas de saúde, que podem ser através dos exames periódicos, definindo precocemente os diagnósticos e os tratando o mais brevemente possível, e pró-ativas, identificando os riscos potenciais para cada atividade realizada na empresa, atuando antecipadamente para eliminá-los , ou minimizá-los, impedindo que outros indivíduos adoeçam. Conforme CARDOSO (1999, p. 75):

“é essencial que as unidades envolvidas com a promoção da saúde ocupacional, serviços médicos, benefícios, programas de assistência ao empregado, etc) trabalhem em conjunto

tendo suas ações integradas em função de um objetivo comum. A saúde do empregado deve não só ser gerenciada de maneira integrada, mas também ser ligada ao objetivo global do negócio."

Para tanto, torna-se clara a importância e a necessidade de um estudo minucioso das atividades desempenhadas pelo trabalhador, a fim de determinar até em que ponto, a sua rotina de trabalho também está interferindo na alteração de sua condição para o mesmo. Por meio dessa percepção recomenda-se a realização de uma análise ergonômica do trabalho, envolvendo esses indivíduos e sua empresa, buscando também despertar nos indivíduos que participam dos processos produtivos, o interesse pela busca de uma ótima organização do trabalho, que , segundo BAÚ, L. M. Silva, (2002), advêm dos questionamentos quanto a forma com que se tem trabalhado, e da percepção da necessidade de inovar, mudar, adaptar e transformar.

Na empresa onde realizou-se este trabalho, após apresentação do mesmo e de seus resultados à diretoria, foi implantado em caráter permanente, sob a forma de programa corporativo, conduzido pelo departamento de recurso humanos e pela equipe de saúde ocupacional, designado de programa, que mantém as ações desenvolvidas nesta pesquisa, para a patologia nela abordada e para outras identificadas internamente. Também foi criado um espaço dentro da empresa, onde os funcionários possam exercitar-se fisicamente, com o respaldo de um educador físico, (academia com vestiário e chuveiros) no horário de almoço, antes e depois da jornada de trabalho, além de uma sala chamada de sala de harmonização, onde os trabalhadores podem relaxar, meditar, tomar um café, ou ler jornais e revistas.

A Sexta etapa do programa proposto por este trabalho, continua a ser realizada de maneira adaptada: atualmente, ela é realizada apenas pelos funcionários que estejam bem de saúde, e tenham declaração de seu médico atestando boas condições para tal atividade, e é extensiva aos familiares, também com atestado de boas condições de saúde com o objetivo de chamar a atenção do funcionário para a necessidade da adoção de bons hábitos de vida, tais como atividade física, a alimentação equilibrada, o lazer, o bom relacionamento interpessoal, o bom relacionamento familiar, a confraternização e redução do estresse, para melhora da qualidade de vida e manutenção do bom estado da saúde.

Verificou-se portanto, que pesquisas deste cunho, podem trazer colaborações importantes ao setor produtivo, fornecendo embasamento que justifique um maior investimento das empresas na qualidade de vida de seus funcionários, sejam eles sob a forma de programas, mudanças nos processos de trabalho ou de gestão, ou ainda na cultura da empresa e seus colaboradores

REFERÊNCIAS

- ARANHA, M. L. A. História da Educação. **São Paulo, Moderna, 1996.**
- ARAÚJO, J.N.G. De. & Cols. L.E.R – Dimensões Ergonômicas, Psicológicas e Sociais. **Belo Horizonte, Health, 1998**
- ASTRAND, P-O, RODAHL K. Fisiología del trabajo físico. **Bases fisiológicas del ejercicio. Buenos Aires, Panamericana, 1996.**
- BARROS, T.L.N. Exercício, saúde e desempenho. **São Paulo, Atheneu, 1997**
- BAÚ, L. M. Silva Fisioterapia do trabalho: ergonomia, legislação, reabilitação. **Curitiba, CLADOSILVA, 2002.**
- BEHENS, Marilda Aparecida. O paradigma emergente e a prática pedagógica. **Curitiba, Champagnat, 1999.**
- BRANDÃO, D. & CREMA. R. O novo paradigma holístico. **São Paulo, Summus, 1991.**
- CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de Vida e Trabalho: uma articulação possível. In GUIMARÃES & GRUBITS (orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho. Vol. 1, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.**
- CAPRA, F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. **São Paulo Cultrix, 1996.**
- CARVALHO, A. C. C. De. Células tronco: A medicina do futuro. **UFRJ, Ciência hoje, (SBPC) vol. 29, número 177, junho 2001**
- CLT, Consolidação das leis do trabalho de Primeiro de maio de 1943, Decreto lei número 09/08/1943 – **Diário Oficial da União de 09/08/1943**
- COUTO, Hudson de Araújo. Qualidade e excelência em higiene, segurança e medicina do trabalho. **Belo Horizonte: Ergo Editora, 1994.**
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. **São Paulo: Atlas 1994.**
- GRANDJEAN, E. Manual de ergonomia .adaptando o trabalho ao homem. **São Paulo, Bookman, 1998.**
- FERNANDES, Elcio José. O lazer no trabalho. **Curitiba, UFPR, 1996.**

- FORMICA, G. A. Curso de atividades do departamento do pessoal- Aplicação racional da legislação do trabalho. São Paulo, LTR, 1998.
- GHORAYEB, N. & BARROS, T. L. N. O exercício – Preparação fisiológica, Avaliação médica – Aspectos Especiais e Preventivos. São Paulo, Atheneu, 1999.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOMES, Jorge da Rocha. Melhoria da saúde do trabalhador : contribuição da área médica à saúde ocupacional. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Nº 57 – Vol. 15 – Janeiro, Fevereiro, Março 1987.
- GUYTON, Arthur C. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro, Interamericana, 2000.
- LA TAILLE, Yves de, et al. Piaget, Vygotski, Wallon: Teorias Psicogenéticas em discussão. São Paulo, Summus, 1992.
- LEAVEL, H. R. & Clark, E. G., Medicina preventiva. Rio de Janeiro: Mc-Graw – Hill, Brasil, 1965.
- LIMA, F. Eliminando riscos do trabalho. São Paulo : CNI, 1996.
- LIPP, M. e ROCHA, J. C. Stress, hipertensão e qualidade de vida. 2. ed. Campinas (SP), Papirus, 1996.
- LIPP, Marilda E. N. Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupo de risco. Campinas: Papirus, 1996
- MALBERGIER, A. J. Bras. Dep. Química. 2001;2 (supl 1):47-51, São Paulo
- MARTIN-BARÓ, I. Acción e ideologia: psicologia social desde a Centroamérica. El Salvador, UCA Editores, 1995.
- MARTINS, C. de O. Ginástica Laboral no Escritório. Ribeirão Preto (SP), Fronteira, 2001
- MINAYO, Maria C. De S.. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- MIZUKAMI, Maria da. Graça. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo, EPU, 1986
- _____.Modelo de prevenção aplicado a setor de saúde mental. Bol. Psicol. XXIX – 72–73. Escola Paulista de Medicina –USP, 1977
- MORAES, Carmen L.C. – Dissertação de mestrado, UFSC - Florianópolis – 2002

- MORAES, Fernando Pires de. A felicidade é uma conquista. Informação Profissional, Novembro/1996, p. 1-3.
- NASCIMENTO, N.M. do; MORAES, R. de Azevedo S., Fisioterapia nas empresas, Rio de Janeiro, Taba Cultura, 2000
- PIAGET. J. Biologie et Connaissance. Paris, 1967 (em Português, Biologia e conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos. Petrópolis, Vozes, 1973.)
- PIZA, Fábio de Toledo, Conhecendo e eliminando riscos no trabalho. Cni, S/D
- PONTO DE VISTA. Disponível em: <http://www.nupes.cefetpr.br/~borsato/fundamen.htm>. Acesso em 09/11/2002
- REIS, C.B.; MELLO, C.; BINI, Isabel C.; VILLAR, R.S.; SAKUMA, S.A.O.; PEREIRA, V.C.G, Aspectos bio-psicosociais do stress nas relações do trabalho. Revista Científica do Centro Universitário Campos Andrade., Vol 1, N. 1 Curitiba, Dez. 2000.
- SELYE, Hans. In: SILVA, Marili Benatto Pereira da. Estresse e qualidade de vida. Curso de Especialização em Psicologia Clínica,. (transparências).
- SCHULTZ, D. História da psicologia moderna. São Paulo, Cultrix, 1975
- SILVA, Marili Benatto Pereira da. Estresse e qualidade de vida. Curso de Especialização em Psicologia Clínica,. (transparências).
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 77, supl. III, 2001
- SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DE SÃO PAULO. Consenso da SOCESP, revisão da Sociedade de Cardiologia de S.P. São Paulo vol 5 1995.
- SOCIEDADE PARANAENSE DE CARDIOLOGIA. Fatores de risco para doenças cardiovasculares. Curitiba : Secretaria de Estado da Saúde, s/d.
- TIERNEY, Lawrence M; McPHEE, Stephen, J; PAPADAKIS, Maxine A. Current Medical Diagnosis & treatment. Stamford - Conecticut, Appleton & Lange, 1999.
- VYGOSTSKI, L. S. et al. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. São Paulo, Ícone/EDUSP, 1988.
- YAMAMOTO, Rita Miako. A adequação dos profissionais de enfermagem para o cuidado de qualidade numa organização hospitalar. Tese de Mestrado. Curitiba : PUC, 1997.
- ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L C. Como trabalhamos em equipe. Porto Alegre, Artmed, 1997

ANEXO 01 - INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE TRABALHO DOS FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA ESTUDADA

Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

1 - Sinto-me alegre no trabalho...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

2 - Sinto-me disposto para realizar meu trabalho...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

3 - Consigo realizar todas as minhas tarefas nos prazos estabelecidos...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

4 - Tenho dificuldades para realizar meu trabalho...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

5 - Tenho dores de cabeça...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

6 - Tenho dores de estômago...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

7 - Sinto-me cansado...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

8 - Sinto-me deprimido...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

9 - Sinto-me irritado...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

10 - Sinto-me ansioso...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

11 - Sinto-me angustiado...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

12 - Tenho mudanças bruscas de humor...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

13 - Tenho dificuldades no relacionamento com colegas...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

14 - Tenho dificuldades no relacionamento com meus superiores...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

15 - Tenho dificuldades de concentração...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

16 - Tenho dificuldades de memorização...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

17 - Procuro o departamento médico...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

18 - Tenho afastamentos médicos...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

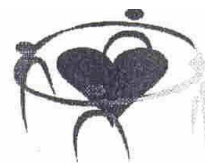
19 - Tenho faltas...

☐ sempre ☐ freqüentemente ☐ As vezes ☐ raramente ☐ nunca

ANEXO 02 - INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA CARDIOLOGIA



HOSPITAL DO CORAÇÃO - CURITIBA
PROGRAMA HEART CARE NETWORK

**Protocolo de Avaliação**

Nome:		Nº	
Data Nasc.	Idade:	Sexo: F () M ()	Est. Civil S () C () V () D ()
Endereço:			CEP:
Fone:			Religião:
Descendência Étnica			
Materna:		Paterna:	
Data Internação:	Data Alta:	Médico:	
Data da Inclusão:	Peso Kg:	Altura Cm:	

DIAGNÓSTICO DA CARDIOPATIA:

() Revascularização Miocárdica (Data:.....)
 () Infarto Agudo do Miocárdio (Data:.....)
 () Angioplastia Coronariana ou colocação "Stent" (Data:.....)
 () Angina Pectoris

FATORES DE RISCO:

História familiar de doença aterosclerótica coronariana Sim () Não ()
 Hiperlipidemia Sim () Não () Lipidograma mais recente:/...../19.....
 Col-T:..... LDL-C:..... HDL-C:..... TR:.....

Stress Sim () Não ()
 Vida Sedentária Sim () Não ()
 Hipertensão Sim () Não () PA mais recente:.....x.....mmHg
 Obesidade Peso:.....Kg Altura:.....cm
 Diabetes Melitus Glicose:..... HgGlicosilada:.....
 Tabagismo Sim () Não ()
 Ex-fumante () Quantos anos fumou.....Nº de Cigarros /dia

DROGAS EM USO:

() Digoxina () B-Bloqueador (Qual?..... Dose:.....)
 () Diurético () Inibidor ECA (Qual?..... Dose:.....)
 () Nitratos (..)Bloqueador canal Ca^{++} (Qual?..... Dose:.....)
 () Anticoagulante () AAS
 () Hipolipemiante (Qual?..... Dose:.....)

Médico - CRM

REVISÕES MÉDICAS:**15 DIAS:**

FC:.....bpm PA:.....x.....mmHg ECG:.....
 Peso:..... Tabagismo: S () N ()
 Col-T:..... LDL-C:..... HDL-C:..... TR:.....
 OUTRAS DROGAS:.....

45 DIAS:

FC:.....bpm PA:.....x.....mmHg Tabagismo: S () N () Peso:.....
 Col-T:..... LDL-C:..... HDL-C:..... TR:.....
 MEDICAÇÃO:.....

90 DIAS:

FC:.....bpm PA:.....x.....mmHg Tabagismo: S () N () Peso:.....
 Col-T:..... LDL-C:..... HDL-C:..... TR:.....
 ERGOMETRIA:.....
 ECOCARDIOGRAMA:
 MEDICAÇÃO:.....

180 DIAS:

FC:.....bpm PA:.....x.....mmHg Tabagismo: S () N () Peso:.....
 Col-T:..... LDL-C:..... HDL-C:..... TR:.....
 MEDICAÇÃO:.....

1 ANO:

FC:.....bpm PA:.....x.....mmHg Tabagismo: S () N () Peso:.....
 Col-T:..... LDL-C:..... HDL-C:..... TR:.....
 CINECORONARIOGRAFIA:
 MEDICAÇÃO:.....

ANEXO 03 - INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA PSICOLOGIA

1. Focos Principais:

2. Conduta:

3. Perfil Psicológico:

☐ Tipo A

☐ Tipo B

4. Orientações à Equipe

5. Parecer a cada 5 sessões de grupo:

Data da Avaliação: ____/____/____

Psicologa – CRP 08-04880

REVISÕES**30 DIAS:**

Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Psicóloga - CRP

60 DIAS:

Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Psicóloga - CRP

90 DIAS:

Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Psicóloga - CRP

180 DIAS:

Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Psicóloga - CRP

1 ANO:

Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Psicóloga - CRP

ANEXO 04 - INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA NUTRIÇÃO

Inicial ()	30 Dias ()	60 Dias ()	90 Dias ()	180 Dias ()	1 ano ()Dias
Inicial						
Estatura _____				Avaliação: _____		
IMC = _____ Kg/m ²				Avaliação: _____		
CB = _____ Cm				Avaliação: _____		
PCT = _____ mm				Avaliação: _____		
CMB = _____ Cm				Avaliação: _____		
RCQ = _____				Avaliação: _____		
PP = _____ Cm				Avaliação: _____		
PI = _____				Avaliação: _____		
P. H. = _____				Avaliação: _____		
Diagnóstico:						

Conduta:						

Acompanhamento:						
Revisão	30 Dias	60 Dias	90 Dias	150 Dias	180 Dias	1 Ano
Data						
Peso						
IMC						
CB						
PCT						
RCQ						
CMB						

Data da Avaliação ____/____/____

Nutricionista: CBN

REVISÕES**30 DIAS:**Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Nutricionista - CRN**60 DIAS:**Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Nutricionista - CRN**90 DIAS:**Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Nutricionista - CRN**180 DIAS:**Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Nutricionista - CRN**1 ANO:**Observações:.....
.....
.....

Data: ____/____/____

Nutricionista - CRN

ANEXO 05 - INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA BIO-QUÍMICA

Inicial () 30 Dias () 60 Dias () 90 Dias () 180 Dias () 1 ano ()Dias
1. Orientação ao paciente quanto a medicação

2. Interação Medicamentos / Alimentos

3. Efeitos Colaterais

4. Posologia

Data da Avaliação: ____/____/____
<div style="text-align: right;">_____ Farmacêutico (a) CRF</div>

REVISÕES

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Farmacêutico (a) - CRF

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Farmacêutico (a) - CRF

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Farmacêutico (a) - CRF

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Farmacêutico (a) - CRF

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Farmacêutico (a) - CRF

ANEXO 06 - INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA

Inicial () 30 Dias () 60 Dias () 90 Dias () 180 Dias () 1 ano ()Dias
Pratica Atividade Física?
Quantas vezes na semana ? 2 () 3 () Todos os dias () Qual o tipo de Atividade fisica praticada?
Restrições Motora
Avaliação da Força Muscular
Avaliação da ADM
Observações Fisioterápicas
Data da Avaliação: ____/____/____ <div style="text-align: right;"> _____ Fisioterapeuta – CREFITO </div>

REVISÕES**30 DIAS:**

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Fisioterapeuta - CREFITO**60 DIAS:**

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Fisioterapeuta - CREFITO**90 DIAS:**

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Fisioterapeuta - CREFITO**180 DIAS:**

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Fisioterapeuta - CREFITO**1 ANO:**

Observações:.....

.....

Data: ____/____/____

Fisioterapeuta - CREFITO

Queixas Atuais:			
<input type="checkbox"/> Dor torácica pós cirúrgica <input type="checkbox"/> Dor tipo Anginosa <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Dispneia	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">}</div> <div> <input type="checkbox"/> Repouso <input type="checkbox"/> Em Exercício <input type="checkbox"/> Por exercícios <input type="checkbox"/> Paroxística Noturna <input type="checkbox"/> Ortopnéia <input type="checkbox"/> Outras </div> </div>	<input type="checkbox"/> Palpitação <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Tonteadas <input type="checkbox"/> Anorexia	
Orientações Específicas:			
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Alcoolismo		
Vida Familiar:			
<input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Não Satisfatória Porquê? _____			
Atividade de Lazer / Vida Social:			
Exame Físico – SSVV F.C. _____ F.R. _____ T. _____	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">}</div> <div> <input type="checkbox"/> Clube <input type="checkbox"/> Teatro <input type="checkbox"/> Festa <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Dança <input type="checkbox"/> Cinema <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Livros </div> </div>		
P. A. <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">}</div>		Deitado _____ Em Pé _____ Sentado _____	
Pele e Extremidades:			
<input type="checkbox"/> Quente/seca <input type="checkbox"/> Fria / pegajosa <input type="checkbox"/> Cianose Central <input type="checkbox"/> Cianose Periférica <input type="checkbox"/> Edema () MMII e () MMSS <input type="checkbox"/> Pulsos arteriais palpáveis () não palpáveis ()		Abdomem: <input type="checkbox"/> Flácido () globoso <input type="checkbox"/> Hepatomegalia / hesplenomegalia <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroaéreos <input type="checkbox"/> Queixas gástricas	
Ausculta:			
<input type="checkbox"/> Livres <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores			
Conclusão			
Data da Avaliação: ____ / ____ / ____ _____ <div style="text-align: right;">Enfermeira - Coren</div>			

REVISÕES**90 DIAS:****Sinais Vitais:**

FC:..... FR:..... PA:.....

Reavaliação:.....

.....

.....

Observações:.....

.....

.....

Data: ____/____/____

Enfermeira - COREN**180 DIAS:****Sinais Vitais:**

FC:..... FR:..... PA:.....

Reavaliação:.....

.....

.....

Observações:.....

.....

.....

Data: ____/____/____

Enfermeira - COREN**1 Ano:****Sinais Vitais:**

FC:..... FR:..... PA:.....

Reavaliação:.....

.....

.....

Observações:.....

.....

.....

Data: ____/____/____

Enfermeira – COREN